AMÉLIORER LES POLITIQUES ET LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES IMMIGRANTES ET DES RÉFUGIÉES AU CANADA

Mary Ann Mulvihill,
Louise Mailloux et Wendy Atkin

centres of excellence
for WOMEN'S HEALTH

centres d'excellence
pour LA SANTÉ DES FEMMES

Le Centres d'excellence pour la santé des femmes souhaitent remercier les membres du groupe consultatif de leur contribution à l'élaboration, à l'examen et à la rédaction de ce rapport :

Carol Amaratunga
Sandra Harder
Jacqueline Oxman-Martinez
Carol Silcoff
Denise Spitzer
Helen Verhovsek
Bilkis Vissandjée

L'annexe 1 renferme des renseignements sur les membres.

PASSATION DE COMMANDE

On peut se procurer d'autres exemplaires du ce document après du :

Réseau canadien pour la santé des femmes
419, avenue Graham
bureau 203
Winnipeg (Manitoba)
Canada R3C 0M3
Tél. : (204) 942-5500
Téléc. : (204) 989-2355
Numéro sans frais : 1-888-818-9172
ATS sans frais : 1-866-694-6367
cwhn@cwhn.ca
www.cwhn.ca

Production : Réseau canadien pour la santé des femmes

ISBN 0-9689285-3-6

© 2001 Centres d'excellence pour la santé des femmes

centres of excellence
for WOMEN'S HEALTH

centres d'excellence
pour LA SANTÉ DES FEMMES

AMÉLIORER LES POLITIQUES ET LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES IMMIGRANTES ET DES RÉFUGIÉES AU CANADA

Mary Ann Mulvihill,
Louise Mailloux et Wendy Atkin

préparé pour les

Centres d'excellence pour la santé des femmes

Financés par le Bureau pour la santé des femmes et

la Division de gestion et diffusion de la recherche, Santé Canada

Ce document renferme les idées et les opinions de ses auteurs et ne reflète pas nécessairement la politique officielle ou les opinions de Santé Canada.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des acronymes 4

Résumé 5

1. Introduction 8
1.1 Portée et façon de procéder 8
1.2 Analyses des sexes et de la diversité 8

2. Principaux enjeux stratégiques et de recherche 9
2.1 Le contexte socioculturel de la vie des immigrantes et des réfugiées 10
2.2 Le revenu et l'emploi 16
2.3 Repenser la santé mentale 18
2.4 L'immigration et le vieillissement 21
2.5 L'accessibilité des services de santé 23
2.6 Les répercussions de la réforme de la santé 28
2.7 Les nouveaux enjeux 30

3. Accroître les incidences de la recherche sur les politiques 30

4. Passer à l'action : prochaines étapes proposées 32

Annexe 1 : Liste des membres du groupe consultatif 34

Annexe 2 : Liste alphabétique des références 36

Annexe 3 : Bibliographie annotée des centres d'excellence pour la santé des femmes et des centres d'excellence Metropolis, pour la recherche sur la santé des immigrantes et réfugiées 45

Annexe 4 : Centres d'excellence pour la santé des femmes 52

Annexe 5 : Centres d'excellence Metropolis 54

Notes en fin de chapitre 56

LISTE DES ACRONYMES

ACCESS	Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux
BCCESF	Centre d'excellence pour la santé des femmes- region de la Colombie - Britannique
CEM	Centres d'excellence de Metropolis
CERIS	Centre d'excellence conjoint pour la recherche en immigration et en intégration - Toronto
CESAF	Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal
CESF	Centres d'excellence pour la santé des femmes
CESFM	Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Maritimes
CIC	Citoyenneté et Immigration Canada
CLSC	Centre local de santé communautaire
CRSNG	Conseil de recherche en sciences naturelles et en génie du Canada
GTSC	Metropolis - Groupe de travail de Santé Canada
I et M	Immigration et métropoles – Montréal
ONG	Organisme non gouvernemental
PCERII	Centre d'excellence des Prairies pour la recherche en immigration et en intégration
PCESF	Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes
PWHCE	Centre d'excellence pour la santé des femmes- région des Prairies
RPSFM	Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu
VCE-RIIM	Recherche sur l'immigration et l'intégration dans les métropoles - Vancouver

RÉSUMÉ

But

Ce document fournit un aperçu de la recherche canadienne sur la santé des immigrantes et des réfugiées. Il puise dans les travaux antérieurs de Kinnon (1999) et de Janzen (1998), de même que dans la recherche menée par les centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) du Canada et les centres d'excellence de Metropolis (CEM). Il présente les questions stratégiques préliminaires, les enjeux de recherche et les incidences sur les politiques découlant de la recherche. Il propose de plus des mesures pour engager un dialogue stratégique visant l'élaboration de politiques et le développement de la recherche sur la santé des immigrantes et des réfugiées. Le rapport peut aider les décideurs à évaluer leurs politiques et leurs programmes, et favoriser la discussion et l'action dans ce domaine. C'est aussi un document d'intérêt pour les responsables des politiques à l'échelle municipale, régionale, provinciale et fédérale, et pour les chercheurs et les organismes non gouvernementaux qui participent au processus stratégique.

Démarche

En général, les « immigrants » sont considérés comme des migrants volontaires, et les « réfugiés », comme des migrants involontaires. Cependant, ces termes reflètent aussi des réalités sociales complexes et diverses. Au Canada, non seulement la population des immigrantes et des réfugiées diffère de la population générale à maints égards, mais elle compte aussi sa propre diversité interne. En conséquence, les politiques et la recherche concernant leur santé doivent prendre en compte les questions relatives au sexe et à la diversité, la perspective sur les déterminants de la santé et la démarche en matière de santé publique. Ensemble, ces points de vue indiquent que la santé est le résultat d'une interaction complexe des facteurs socio-économiques et que les questions relatives à la santé ainsi qu'aux soins de santé peuvent influer différemment sur différents groupes de femmes.

Thèmes de la recherche

Le dépouillement d'ouvrages canadiens récents sur la santé des immigrantes et des réfugiées a révélé que la recherche porte sur un certain nombre de thèmes principaux, sous lesquels sont également regroupées les conclusions de ce document-ci :

- l'état de santé et le contexte de vie des immigrantes;
- le revenu et l'emploi;
- la santé mentale;
- le vieillissement de la population;
- l'accessibilité des soins de santé;
- les répercussions de la réforme de la santé.

Appliqués aux résultats de la recherche, les instruments d'analyse et la démarche indiqués précédemment ont mis en lumière certains thèmes de recherche, enjeux stratégiques et retombées politiques à considérer. Ces éléments sont illustrés dans un tableau qui figure à la fin de chaque section consacrée à un thème de la recherche.

Principaux enjeux stratégiques et de recherche

Le contexte socioculturel de la vie des immigrantes et des réfugiées-

La recherche menée dans ce domaine porte sur la façon dont des variables comme le pays d'origine, l'âge, les circonstances de l'immigration, les changements apportés au mode de vie et la situation économique influent sur la santé[1]. Il importe également de savoir si cette influence persiste ou évolue et comment. Il faudrait entreprendre des recherches pour déterminer si les immigrantes et les réfugiées sous-utilisent les services préventifs en raison d'une conception différente de la santé et des soins de santé ou à cause d'obstacles structurels. La promotion de la santé, la prévention des maladies et l'amélioration des services sociaux et de santé destinés aux immigrantes et aux réfugiées exigent l'attribution de ressources, ce qui se répercute sur les politiques.

Le revenu et l'emploi

De nombreuses études se sont penchées sur l'intégration économique des immigrantes et des réfugiées au Canada. Il faudrait cependant effectuer de plus amples recherches pour étudier les liens entre le bien-être économique et l'état de santé. La conclusion selon laquelle l'état de santé s'améliore à chaque échelon de l'échelle socioéconomique pour la population en général[2] indique que les politiques et les programmes visant à améliorer la situation économique des immigrantes et des réfugiées, comme les programmes de langues et d'emploi, peuvent influer sensiblement sur leur état de santé.

Repenser la santé mentale

Des études récentes ont révélé que, bien qu'habituellement considérées comme personnelles, les questions relatives à la santé mentale des immigrantes et des réfugiées comportent d'importantes dimensions sociales. Cette constatation accroît le besoin de mener de plus amples recherches sur l'accessibilité des services de santé mentale, en particulier pour les réfugiées ayant subi un traumatisme prémigratoire. On a déterminé que la réduction de l'isolement social à la faveur d'initiatives comme l'établissement de centres pour immigrantes, de réseaux d'entraide et de programmes de mentorat, de langues, d'emploi et de recyclage constituait une question stratégique importante en matière de santé mentale. Il convient également d'examiner plus en profondeur l'incidence des lois, des politiques et des programmes sur la vulnérabilité des immigrantes et des réfugiées à la violence familiale.

L'immigration et le vieillissement

Les études sur l'immigration et le vieillissement de la population comptent encore de nombreuses lacunes, notamment en ce qui concerne les populations d'immigrés et de réfugiés récents, ainsi que l'approche communautaire. Il faut élaborer des programmes et des services ciblés pour promouvoir et maintenir la santé et le bien-être de cette population. Il faut également tenir compte de façon particulière du rôle d'aidante naturelle des femmes au moment de concevoir et de fournir des services de santé communautaires et de soins à domicile.

L'accessibilité des services de santé

La connaissance du contexte complexe de la vie des immigrantes et des réfugiées est indispensable pour mettre au point des pratiques et des programmes de soins de santé accessibles et adaptés aux cultures. Pour accroître l'accessibilité aux services de santé, il faut améliorer la compétence culturelle à tous les échelons du système de santé, examiner les obstacles linguistiques, la diversité culturelle, le jumelage d'usagers et de prestataires de soins de santé en fonction de l'origine ethnique et du sexe ou l'efficacité d'une telle mesure, l'utilisation de méthodes parallèles ou traditionnelles de guérison ; et investir dans des stratégies d'information.

Les effets de la réforme du système de santé

La recherche dans ce domaine souligne l'existence de quelques lacunes au chapitre des politiques principales, dont un manque de points de repère pour saisir les effets réels ou possibles de la réforme de la santé pour les immigrantes et les réfugiées. Il faut examiner de plus près certains aspects de la réforme en tenant compte des différences entre les sexes et de la diversité culturelle, notamment en ce qui touche la promotion de la santé et l'éducation préventive, les incidences du virage ambulatoire, la pression croissante sur les organisations communautaires et les femmes qui travaillent comme aidantes naturelles (bénévolement). La réforme de la santé doit inclure la mise sur pied de programmes d'action communautaire assortis d'initiatives tel que le recours aux services de travailleurs de diverses origines ethniques ou d'agents de liaison multiculturelle.

Les prochaines étapes

Il est clair qu'on pourra mieux combler les besoins des immigrantes et des réfugiées en resserrant les liens entre la recherche et l'élaboration des politiques, et en favorisant la participation de la collectivité au deux processus. Compte tenu de la complexité des politiques de santé, on recommande ici d'adopter une approche coordonnée par étape. La première étape consiste à recenser et à réunir les principaux intervenants des CESF et des CEM, les ministères fédéraux concernés et les groupes d'immigrantes et de réfugiées. La deuxième concerne l'élaboration d'une approche en matière de planification stratégique qui dénombre les priorités du gouvernement de même que les mécanismes actuels, --ou requis--, pour que la recherche se répercute sur l'élaboration de politiques en matière de santé respectueuses des disparités entre les sexes et de la diversité culturelle. La troisième étape consiste à diffuser les conclusions de ce document afin d'accroître le degré de sensibilisation des intervenants régionaux, provinciaux, municipaux et communautaires, et de promouvoir l'élaboration de politiques et de programmes appropriés. Les CESF et les CEM sont bien placés pour prendre en main l'élaboration d'une démarche intégrée. Une démarche multiniveau coordonnée est susceptible d'améliorer l'état de santé à court et à long terme d'un groupe de plus en plus important au Canada, soit les immigrantes et les réfugiées.

1. INTRODUCTION

1.1 Portée et méthode

Ce rapport donne un aperçu de la recherche canadienne sur la santé des immigrantes et des réfugiées. Il puise dans les travaux de Kinnon[3] (1999) et de Janzen[4] (1998), de même que dans la recherche menée par les centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) du Canada et les centres d'excellence Metropolis (CEM). Il présente les enjeux stratégiques préliminaires, les questions de recherche et les incidences de celle-ci sur les politiques. Il propose de plus les mesures à prendre pour faire progresser la recherche et élaborer des politiques relatives à la santé des immigrantes et des réfugiées. Ce rapport est en outre susceptible de favoriser la discussion et l'action dans ce domaine, ainsi que d'intéresser les décideurs de tous les ordres de gouvernement, les chercheurs et les ONG qui participent au processus d'élaboration de politique.

La section 2 expose en détail les thèmes clés de la recherche, c'est-à-dire la santé, le revenu et l'emploi des immigrantes et des réfugiées, la santé mentale, le vieillissement, l'accessibilité des services de santé et la réforme de la santé. La section 3 examine les façons de resserrer les liens entre la recherche et les politiques afin que la recherche s'applique davantage aux politiques et que ces dernières soient davantage fondées sur les résultats des recherches. La section 4 propose une approche coordonnée par étape pour aider les intervenants à élaborer une méthode stratégique de recensement des priorités en matière de politiques et les mécanismes susceptibles d'accroître l'incidence de la recherche sur l'élaboration de politiques de santé sensibles à la disparité entre les sexes et à la diversité culturelle.

1.2 Analyse des sexes et de la diversité

Ce document et les idées qu'il met de l'avant sont guidés par les principes de l'analyse comparative des sexes et de la diversité. La première constate l'inégalité systémique entre les hommes et les femmes dans la société, tandis que la deuxième reconnaît que différents groupes, y compris les immigrantes et les réfugiées, évoluent dans des cadres sociaux, culturels et économique distincts qui peuvent nécessiter l'adoption de politiques particulières.

La Stratégie pour la santé des femmes, de Santé Canada, constate que les normes fondées sur le sexe façonnent la nature des questions relatives à la santé et influent sur les pratiques et les priorités du système de santé; et de plus, que l'adoption de mesures visant à aplanir les inégalités et le sexisme au sein et à l'extérieur du système de santé améliorera la santé de la population[5]. Santé Canada s'est engagé à veiller « à ce que les effets des interprétations ou des changements de politiques sur les femmes soient pleinement évaluées » et à intégrer « une analyse d'impact comparative sur les femmes et sur les hommes dans sa contribution à l'élaboration des cadres d'imputabilité du système de santé »[6]. Selon Vissandjée et autres (2000)[7], l'analyse comparative entre les sexes en matière de santé a révélé la présence d'un fossé entre les sexes chez les

immigrants et les réfugiés, ainsi que l'existence de processus sociaux de nature à le creuser.
À l'instar de l'égalité des sexes, la diversité constitue une importante catégorie d'analyse. On tient souvent pour acquis que les immigrantes et les réfugiées présentent les mêmes caractéristiques que la population en général et qu'elles forment un groupe homogène. Elles ont certes des points communs, mais diffèrent selon l'âge, le statut économique, social et politique, le niveau de scolarité, le pays d'origine, la culture et l'identité ethnique et raciale. En conséquence, l'expression « immigrantes et réfugiées » ne désigne pas simplement le statut juridique, mais comprend un ensemble de réalités et d'expériences complexes.

Habituellement, les immigrants sont perçus comme des migrants volontaires et les réfugiés, comme des migrants involontaires, bien que la distinction soit parfois floue. La position dominante des hommes au sein des ménages et leur poids dans la décision d'émigrer donne à penser que les femmes ne sont peut-être pas toutes consentantes[8]. En outre, on considère souvent les femmes comme des personnes à charge de demandeurs mâles au cours du processus d'immigration[9]. Bannerjee (1985)[10] observe un nombre croissant de ressemblances entre les immigrantes et les réfugiées en ce qui concerne leur exploitation en tant que femmes et travailleuses, la violence, les tensions entre les générations, l'isolement causé par des facteurs linguistiques, culturels et économiques, ainsi que l'évolution des responsabilités et des rôles familiaux. Bien qu'elles partagent un nombre appréciable de caractéristiques, immigrantes et réfugiées demeurent des groupes distincts à plusieurs égards.

Il est clair qu'aucune stratégie ou programme de soins de santé ne saurait seul répondre adéquatement aux divers besoins des immigrantes et des réfugiées; ce qui révèle la complexité des enjeux et la pertinence du recours à l'analyse comparative entre les sexes et celle de la diversité.

Pour effectuer des analyses comparatives entre les sexes ou de la diversité, il faut dans les deux cas recueillir des données qualitatives et quantitatives, vérifier les hypothèses de base et comprendre les effets différents des facteurs socio-économiques sur les hommes et sur les femmes. Lorsque appliquées au processus d'élaboration des politiques, à la fois l'analyse comparative entre les sexes et l'analyse de la diversité commencent par reconnaître ces réalités économiques et sociales distinctes; et elles en tiennent compte dans l'évaluation des politiques, des programmes et des lois en vigueur ou projetés.

Ce document est axé sur une vue des déterminants de la santé selon laquelle la santé est le résultat de l'interaction d'une série de facteurs, y compris les caractéristiques individuelles, le milieu physique, et les facteurs sociaux, économiques et culturels.

2. Principaux enjeux stratégiques et de recherche

Comme nous l'avons déjà indiqué, Kinnon souligne le rôle clé des CESF et des CEM dans la santé des femmes et des immigrantes[11], et une attention particulière a été accordée ici à la recherche menée par ces centres. Il convient cependant de noter que

les résultats d'un certain nombre de projets en cours étaient inconnus au moment de l'impression de ce document*.

Les résultats de recherche présentés ici proviennent d'analyses comparatives de l'égalité des sexes et de la diversité, des procédés qui ont mis en lumière les questions stratégiques et des possibilités de recherche. Les données sont présentées selon les thèmes clés que les résultats de recherche ont permis de dégager :

- l'état de santé et le contexte socioculturel de la vie des immigrantes;
- le revenu et l'emploi;
- la santé mentale;
- les personnes âgées;
- l'accessibilité des services de santé;
- les effets de la réforme de la santé;
- des considérations sur la recherche à venir.

Appliqués aux résultats de la recherche, les instruments analytiques et les approches indiqués précédemment ont mis en lumière nombre de thèmes pour la recherche à venir et les incidences sur les politiques, qui sont illustrés à l'aide d'un tableau à la fin de chaque section consacrée à un thème de recherche.

Il convient de souligner que la structure du rapport reflète les études canadiennes sélectionnées portant sur la santé des immigrantes et des réfugiées, et non sur l'état de la question elle-même ou un cadre particulier.

2.1 Le contexte socioculturel de la vie des immigrantes et des réfugiées

Répercussions sur l'état de santé
Les résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-95 indiquent que les femmes émigrantes ou immigrantes « volontaires » récemment arrivées au Canada sont, en moyenne, en meilleure santé que les Canadiennes nées au pays. Les chercheurs attribuent ce phénomène à un certain nombre de facteurs, notamment :

- les personnes en meilleure santé tendent à émigrer davantage;
- les immigrants doivent respecter les normes de santé fixées par le gouvernement canadien et subir un examen médical;
- le taux de tabagisme est inférieur chez les immigrantes;
- l'effet des outils de recherche et des méthodes employés peut varier d'une culture à l'autre[12].

On a étudié le lien entre la santé et le temps écoulé depuis l'arrivée au pays. Chen, Ng et Wilkins (1996)[13] signalent que les immigrées ayant vécu au Canada depuis moins de 11 ans étaient en meilleure santé que les immigrantes qui résidaient au pays depuis

* Consulter l'annexe 3 : Bibliographie annotée des centres d'excellence pour la santé des femmes et des centres d'excellence Metropolis pour la recherche sur la santé des femmes immigrantes et réfugiées. L'annexe 4 présente des renseignements généraux sur les CESF, et l'annexe 5, sur les MCE.

plus longtemps. Il se peut que cette association dépende des différences en ce qui a trait aux régions et pays d'origine des immigrantes au fil du temps; mais ces résultats indiquent qu'il faudra mener d'autres études pour établir le lien entre divers facteurs sociaux, culturels, psychologiques, comportementaux et économiques, et les variations, favorables et défavorables, de l'état de santé des immigrantes au fil du temps[14].

Vissandjée et autres (2000)[15] soulèvent un point majeur pour les décideurs en faisant valoir que le véritable enjeu n'est pas tant de savoir si les immigrantes sont en meilleure santé que les Canadiennes nées au pays, mais plutôt de déterminer quelles sont les conditions de vie au Canada qui accroissent l'incidence de diverses maladies chez les immigrants. À la lumière de leur examen de la documentation, Vissandjée et autres (2000) concluent qu'il n'est pas facile de déterminer dans quelle mesure la détérioration relative de la santé des immigrants est causée par l'adoption d'habitudes de vie nord-américaines nocives et dans quelle mesure cette détérioration est due à l'incapacité des systèmes de santé nord-américains de répondre adéquatement aux besoins des immigrants, surtout ceux qui sont issus de cultures non européennes. Cela indique une lacune importante de la documentation qu'il faut combler.

Comprendre la variabilité de l'état de santé

Janzen (1998) conclut en affirmant qu'il faut étudier la variabilité de la santé des immigrantes et des réfugiées, et que la recherche doit notamment examiner « comment les facteurs sociaux, économiques, comportementaux et psychologiques s'associent, à la longue, aux changements de l'état de santé des immigrantes et des réfugiées »[16]. Il semble que l'on déploie présentement des efforts pour combler les lacunes de la documentation à cet égard.

Le travail de Bowen (1998)[17] auprès de femmes salvadoriennes de Winnipeg, dont le pays d'origine a été déchiré par la guerre civile de 1979 à 1992, a cherché à déterminer comment les femmes définissent la santé, comment elles prennent soin de la leur et ce qu'elles considèrent comme les principales causes de la maladie. Voici les principales constatations.

- Les femmes établissaient un lien direct entre la santé psychologique et les symptômes physiques.
- Le climat psychologique et les ennuis familiaux étaient considérés comme des causes majeures de la maladie.
- Le stress et la dépression étaient des facteurs majeurs dans la vie des femmes dont plusieurs croyaient que ceux-ci sont les principales sources de plaintes en matière de santé.
- Les participantes faisaient confiance au système de santé pour trouver une solution aux problèmes physiologiques, mais elles avaient tendance à taire leur passé et étaient frustrées d'avoir à solutionner des problèmes qu'elles considéraient comme étant affectifs.

- Dans l'ensemble, les femmes ont déclaré préférer recourir à des professionnels canadiens plutôt qu'espagnols pour les problèmes d'ordre psychologique ou délicats pour la famille.
- La question de la confidentialité dans ses propres rangs continuait d'inquiéter la collectivité salvadorienne.
- La polarisation et le manque de confiance de la collectivité à cause d'événements prémigratoires affectaient, selon elles, la santé actuelle plus que les traumatismes antérieurs[18].

En documentant les enjeux en matière de santé du point de vue des femmes salvadoriennes elles-mêmes, l'étude présente des renseignements utiles pour la conception de services de santé efficaces et sensibles aux différences culturelles, et de programmes de promotion de la santé destinés à ce groupe de femmes. En outre, en examinant un plus grand nombre de déterminants de la santé, l'étude révèle le besoin de solutions communautaires pour soigner des problèmes qui ont leur origine dans le passé, mais qui continuent d'affecter l'état de santé actuel.

Les avantages d'une analyse élargie de l'état de santé sont illustrés par Battaglini et autres (1999)[19], qui ont recensé les facteurs de vulnérabilité chez les immigrantes nouvellement arrivées et les réfugiées ainsi que leurs familles au Québec. En voici les principales constatations.

- La plupart des outils actuels d'évaluation psychologique et socio-économique définissent mal les facteurs de risque chez les immigrantes, car ils ne prennent pas en considération le processus de migration ou les différences culturelles.
- Dans la population, l'isolement social est souvent associé à un faible revenu, à une faible scolarité et à la dépendance économique. Chez les immigrantes et les réfugiées, les principales causes de l'isolement sont liés au processus de migration et incluent les problèmes de communication, la méconnaissance du pays hôte, la perte des réseaux socio-économique et familial ainsi que la non-reconnaissance de diplômes et de titres professionnels.
- Les obstacles les plus fréquents à l'intégration sociale cités par les immigrantes sont le manque de rapports sociaux avec des membres de la collectivité hôte, le racisme et la discrimination, les différences culturelles et la méconnaissance des deux langues officielles du Canada.
- L'insuffisance du revenu inquiète le plus les immigrantes nouvellement arrivées au pays. La plupart des femmes indiquent avoir eu de la difficulté à trouver un travail et un logement adéquats ainsi que des ressources disponibles en matière de soins de santé.
- Dans l'ensemble, les immigrantes n'ont pas davantage de problèmes d'accouchement que les autres Canadiennes, même qu'elles donnent naissance à des bébés en meilleure santé que la population générale.

- Le pays d'origine ne présente aucun risque en soi; les circonstances du départ importent, et les migrants déclarent des niveaux élevés de stress, d'inquiétude et d'anxiété.
- Les réfugiées non parrainées sont plus enclines à déclarer une détérioration de leur santé que d'autres catégories d'immigrantes; par ailleurs, les immigrantes involontaires et leurs bébés sont les plus susceptibles de se présenter à un centre de santé communautaire pour y être soignés[20].

Ce travail illustre le besoin d'inclure le cadre économique, culturel, social et psychologique de la vie passée et présente des immigrantes et des réfugiées ainsi que leur expérience de migration à l'évaluation des besoins, à la mise en œuvre des programmes et à la prestation des services.

Incidences sur les initiatives en matière de soins et de promotion de la santé
L'importance du cadre de vie des immigrantes ressort clairement dans les résultats d'une récente étude[21] qui se penche sur la définition des immigrantes de la santé, les efforts qu'elles déploient pour le rester ainsi que leur expérience du système de santé. Les résultats indiquent que les besoins de santé des immigrantes et des réfugiées sont semblables à ceux des femmes nées au Canada, mais que les ressources disponibles sont nettement moins nombreuses (emploi, revenu, réseau familial et social, aptitude linguistique), ce qui souligne le manque de politiques et de programmes publics aptes à satisfaire aux besoins des immigrantes[22].

L'étude conclut en affirmant que les pratiques stratégiques et financières doivent refléter une sensibilité aux questions de culture et d'égalité des sexes, et porter davantage sur les programmes liés aux déterminants de la santé. Les constatations révèlent également le besoin de concevoir ou d'améliorer :

- des programmes de formation linguistique et d'emploi;
- des programmes de soins de santé et de soutien social;
- des interprètes et des services attentifs à la diversité culturelle[23].

En outre, il faut fournir aux immigrantes et aux réfugiées nouvellement arrivées un accès à l'information sur le système de santé, les lois canadiennes et les droits des femmes. Selon l'étude, il faut poursuivre la recherche dans :

- les meilleures pratiques en matière de programmes d'interprétation;
- l'influence des aptitudes linguistiques sur la santé;
- l'effet des déterminants sociaux sur la santé des immigrantes[24].

Dans l'ensemble, les conclusions de la recherche sur le cadre socioculturel et la santé des immigrantes ne sont toujours pas probantes; elles se contredisent même à l'occasion. Certaines études indiquent que les besoins de santé ainsi que les idées des femmes immigrantes et réfugiées sur la promotion de la santé et de la prévention sont similaires à ceux des Canadiennes d'origine, d'autres indiquent des différences importantes. Ainsi, on ignore si les immigrantes et les réfugiées sous-utilisent les services de prévention à cause d'une conception différente de la santé et de la

promotion de la santé ou en raison d'obstacles systémiques, incluant ceux du système de santé, de même que divers facteurs socio-économiques et linguistiques[25].

Contexte socioculturel de la vie des immigrantes et des réfugiées : incidences sur la recherche et les politiques

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur les politiques
Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population de 1994-1995, les immigrantes récemment arrivées sont, en général, en meilleure santé que les Canadiennes de naissance.	Quel lien existe-t-il entre l'état de santé et : - les différents pays ou régions d'origine, - les circonstances de migration, - le statut au moment de l'entrée au pays, - l'âge au moment de la migration? Quels sont les effets potentiels sur la santé des diverses expériences d'adaptation et d'intégration des immigrantes et des réfugiées? Est-ce que les diverses expériences améliorent, conservent ou détériorent la santé? Quels facteurs sont-ils aptes à promouvoir ou à inhiber l'adoption d'un mode de vie nord-américain (sain ou non)? Quels connaissances et comportements de promotion de la santé peut-on tirer des immigrantes et des réfugiées? Quels principaux besoins d'accessibilité et de capacité des immigrantes et des réfugiées les services sociaux et de santé ne comblent-ils pas à l'heure actuelle? Quels sont les effets éventuels sur la santé?	Selon la recherche, les immigrantes récentes s'avèrent un bon investissement en matière de promotion de la santé. L'affectation de ressources à la prévention de la maladie et à la promotion de la santé, p. ex., résister à l'adoption de modes de vie nord-américains malsains, peut se révéler rentable à court et à long terme. Il faut obtenir plus d'information pour élaborer des stratégies efficaces de prévention de la maladie et de promotion de la santé, notamment sur : - la diversité de la population des immigrantes et des réfugiées; - les facteurs qui favorisent ou freinent l'adoption de modes de vie nord-américains malsains; - les incidences sur la santé des différentes expériences d'adaptation et d'intégration. Il faut en savoir plus sur les incidences sur la santé des lacunes actuelles des services destinés aux femmes immigrantes et réfugiées, pour aider les décideurs à répartir des ressources limitées afin de combler les

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur les politiques
Les réfugiées non parrainées sont plus nettement enclines à déclarer une détérioration de leur santé que les immigrantes involontaires et autres catégories de femmes immigrantes[20,,26].	La santé de femmes non parrainées est sous-étudiée et il faut approfondir la recherche en la matière.	lacunes les plus graves.
Les différences entre les sexes sont des déterminants importants dont il faut tenir compte dans la recherche sur la santé des immigrantes et des réfugiées étant donné la partialité au détriment des femmes que peuvent créer les politiques, les difficultés d'accès des femmes aux services ainsi que le conflit culturel éventuel pour les immigrantes en provenance de pays où diffère la représentation des rôles sexuels[27].	Il faut préciser la notion de « représentation sexuelle » comme déterminant de la santé parallèlement à d'autres caractéristiques comme le statut socio-économique, le travail rémunéré et non rémunéré, l'âge, la présence d'agents stressants (et la capacité d'adaptation) ainsi que les réseaux sociaux à l'intention des femmes[28]. L'analyse de la recherche canadienne sur la santé des immigrantes et des réfugiées indique un besoin pressant de recherche additionnelle sur le contexte de vie de ces femmes. Un récent sommaire de la recherche sur l'immigration et la santé conclut que la nouvelle recherche devrait, autant que possible, inclure des analyses comparatives entre les sexes[29]. Il faut poursuivre la recherche et les analyses comparatives entre les sexes pour	L'attention continue qu'accordent les CESF et les CEM aux différences sexuelles comme déterminants de la santé peut grandement contribuer à améliorer la santé des femmes immigrantes et réfugiées.

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur les politiques
	mieux saisir l'influence que les différences sexuelles exercent sur la santé et pour établir les ressemblances et les différences entre les sexes relativement aux principaux déterminants de la santé[30]. Des études en cours des CESF et des CEM sont destinées à combler certaines lacunes de la recherche.	

2.2 Le revenu et l'emploi

L'accès à l'emploi et à un revenu est au cœur des préoccupations des immigrantes et des réfugiées, et les études abondent sur les facteurs liés à leur intégration économique au Canada. La recherche renseigne en particulier sur certains groupes d'immigrantes et de réfugiées, et illustre les différences entre ces groupes de femmes. Un examen de cette documentation excédait la portée du présent rapport, mais un premier dépouillement n'a pas révélé de publication récente liant l'emploi ou le revenu à la santé des immigrantes et des réfugiées.

L'absence d'étude récente sur le lien entre le revenu et l'emploi et la santé des immigrantes ainsi que des réfugiées constitue une lacune importante, à la lumière des constatations du *Deuxième rapport sur la santé des Canadiens* préparé par le Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population, selon lequel « l'état de santé des Canadiennes et Canadiens à faible revenu et peu scolarisés, (deux facteurs liés) est plus susceptible d'être piètre, peu importe la façon de le mesurer. Ils sont également plus susceptibles de mourir plus tôt que les autres Canadiens, peu importe la cause du décès »[31].

Même s'il y a relativement peu de différences globales entre les immigrantes et les autres Canadiennes concernant le niveau de scolarité, le pourcentage de salariées et leur revenu moyen, on a recensé des sous-groupes vulnérables d'immigrantes. Environ 20 p. 100 des immigrantes gagnent un revenu inférieur au seuil de faible revenu de Statistique Canada, contre 16 p. 100 des autres Canadiennes[32]. Selon Janzen (1998), la recherche documentaire démontre un solide lien entre le statut socio-économique et la santé[33]. On pourrait s'attendre à un résultat semblable en ce qui concerne les immigrantes à faible revenu.

Le fait que « l'état de santé de tous les Canadiens s'améliore à chaque échelon de l'échelle socio-économique »[34] indique qu'il s'agit d'un lien dynamique qui répondra vraisemblablement aux mesures destinées à améliorer le revenu et le niveau de scolarité. Il faut examiner plus en profondeur les liens entre le bien-être économique des immigrantes et des réfugiées ainsi que leur état de santé, tout comme l'effet des changements avec le temps (p. ex., intervention volontaire ou par l'entremise d'un programme).

Il importe également de souligner que l'absence de consensus dans les milieux professionnel, scolaire et gouvernemental quant à la reconnaissance ou à l'équivalence de titres étrangers ainsi que l'exigence, de la part des employeurs, d'expérience de travail au Canada créent des obstacles aux possibilités d'emploi et de revenu des immigrantes et des réfugiées[35].

Les aptitudes linguistiques sont un important facteur d'intégration économique et sociale des immigrantes et des réfugiées. Plusieurs études démontrent que les emplois auxquels ont accès les femmes qui ne s'expriment dans aucune des langues officielles

du pays sont exigeants sur le plan physique et mal rémunérés, comptent de longues heures et se trouvent surtout dans le secteur manufacturier et celui des services[36].

Le revenu et l'emploi : incidences sur la recherche et les politiques

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur les politiques
Environ 20 p. 100 des immigrantes gagnent un revenu inférieur au seuil de revenu de Statistique Canada, contre 16 p. cent des autres Canadiennes[32]. La recherche indique qu'il y a un lien important entre le revenu et l'état de santé[33].	La recherche abonde sur les facteurs liés à l'intégration économique des immigrantes et des réfugiées au Canada. Il faut cependant poursuivre l'étude des liens entre le bien-être économique entre et l'état de santé des immigrantes et des réfugiées.	Les politiques et programmes destinés à améliorer la situation économique des immigrantes et des réfugiées, comme ceux d'apprentissage d'une langue et d'emploi, peuvent avoir un effet important sur la santé et le bien-être de ces femmes. Inversement, il se peut que les services et les politiques de promotion de la santé destinés aux immigrantes et aux réfugiées aient peu d'effet à moins d'être assortis de stratégies de lutte contre le chômage, le sous-emploi et la pauvreté.
La capacité de s'exprimer en français ou en anglais est un net déterminant de la santé des immigrantes et des refugiées[36]. Les aptitudes linguistiques sont un facteur important de l'intégration économique et sociale des immigrantes et des réfugiées.	Il faut examiner en particulier les incidences de la santé sur la scolarité, en général, et sur l'apprentissage du français ou de l'anglais comme langue seconde. Il faut aussi étudier les liens entre la scolarité, le chômage ou le sous-emploi, les revenus, la santé et le bien-être, ainsi que l'influence de la scolarité sur les comportements en matière de santé et de	Un meilleur accès des immigrantes et des réfugiées aux programmes de français ou d'anglais comme langue seconde, leur participation accrue en mettant à leur disposition des services comme la garderie, et la multiplication d'occasions d'interaction sociale peuvent influer favorablement sur l'intégration, la santé et le bien-être.

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur les politiques
	prévention de la maladie des immigrantes et des réfugiées[37].	Les initiatives qui intègrent l'information et les activités de promotion de la santé aux cours de langue sont susceptibles d'améliorer des comportements et de favoriser l'utilisation indiquée d'un vaste éventail de services de santé.

2.3 Repenser la santé mentale

Comme l'indiquent Janzen[38] et Kinnon[39], la recherche sur la santé des immigrantes a surtout porté sur le bien-être psychologique et affectif, et la tendance se poursuit.

La recherche confirme que le contexte de la migration des femmes est une variable importante[40]; en effet, des chercheurs ont recensé des aspects de société et de structure de ce que l'on tient souvent pour des problèmes psychologiques personnels. Cette constatation s'applique particulièrement aux immigrantes et aux réfugiées en provenance de pays en proie à l'instabilité politique, économique et sociale.

Une étude récente sur les immigrantes dans les Maritimes révèle que l'isolement de ces femmes est souvent considéré comme un problème psychologique, alors qu'il s'agit d'un problème social[41]. L'étude souligne la façon dont cet isolement est renforcé par le manque de possibilités d'emploi, la non-reconnaissance des diplômes et des titres professionnels étrangers, la discrimination sexuelle sur le marché du travail, la nature du travail domestique, le mode d'organisation des quartiers, la prédominance de vastes ensembles commerciaux centraux et le climat canadien. Ces facteurs sociaux peuvent avoir un effet sur la santé des immigrantes, surtout les chefs de famille monoparentale.

Plusieurs autres études corroborent ces constatations. Parin Dossa affirme que les immigrantes iraniennes maintiennent santé mentale et bien-être grâce à un procédé dynamique qui consiste à « redonner un sens » et à « reconstruire sa vie »[42]. Le travail souligne l'importance de l'interaction sociale et le besoin d'établir des tribunes pour l'apprentissage et la validation des expériences de vie. Une étude de 1998, sur les Salvadoriennes de Winnipeg, dénonce l'importance accordée au diagnostic individuel des troubles psychologiques et suggère de se pencher sur les répercussions sociales de la méfiance et de la violence[43]. Les participantes ont dessiné le portrait d'une collectivité marquée par une méfiance intense, parfois débilitante, issue des conflits sociaux et du terrorisme dans leur pays natal.

Les auteurs d'une étude portant sur les effets de la violence sur la santé mentale des réfugiées péruviennes et chiliennes ont examiné les expériences prémigratoires et postmigratoires[44]. Ils ont constaté que l'exposition à la violence avant la migration, le manque de familiarisation avec un nouveau milieu et l'isolement des réfugiées sud-américaines à leur arrivée au pays accroissent leur vulnérabilité à la violence familiale, le nombre de familles monoparentales et la souffrance morale. D'autres études corroborent l'exacerbation de l'isolement et de la vulnérabilité par la dépendance d'un conjoint, ce qui cause un partage de pouvoir inégal et un risque d'abus[45].

Selon une étude récente de la prestation de soins de santé aux immigrantes et aux réfugiées, les dispensateurs de soins doivent être sensibilisés aux incidences de la violence sur la santé. L'étude suggère aux médecins d'employer un modèle socio-écologique pour comprendre et soigner les effets de la violence sur la santé.

Tout indique qu'un grand nombre de réfugiées souffrent de problèmes de santé mentale attribuables à des traumatismes multiples comme la torture ou le viol souffert avant l'émigration.

L'élaboration et l'amélioration de services de santé mentale accessibles constituent une politique essentielle et une priorité en ce qui concerne ce groupe.

Dans une vaste analyse quantitative, il est difficile de saisir l'effet complexe des facteurs prémigratoires et postmigratoires sur la santé mentale, bien que certaines études qualitatives de moindre envergure remettent en question l'importance de ces variables. Il est toutefois clair que la santé mentale des immigrantes et des réfugiées profiterait d'une meilleure intégration des deux méthodes de recherche.

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur les politiques
Nombre d'immigrantes et de réfugiées subissent beaucoup de stress et d'angoisse, ce qui peut avoir un effet défavorable sur la santé mentale. Certaines femmes doivent relever maints autres défis, notamment : - les immigrantes involontaires; - les femmes qui fuient la guerre, la violence ainsi que les menaces connexes comme l'agression sexuelle, la torture, la perte d'êtres chers, etc.; - les femmes qui sont isolées en raison de la méconnaissance de la langue, de la pauvreté, de l'emplacement géographique; - les femmes vivant dans des centres d'accueil pour immigrants ou réfugiés, au Canada, qui continuent de souffrir des effets de la violence systémique régnant dans leur pays d'origine (p. ex., méfiance, conflit ethnique persistant). Les symptômes psychiatriques	Il faut étudier la notion de promotion de la santé mentale dans les collectivités d'immigrantes et de réfugiées, particulièrement en ce qui concerne les effets de conflits ou de modes de vie solidement ancrés dans le pays d'origine. Que peut-on faire pour les femmes aux prises avec ces difficultés? Quels sont les besoins précis de ces femmes qui ont vécu des traumatismes en matière d'accès à des services de santé, à des soins et à un soutien appropriés? Quelles sont les caractéristiques essentielles de services de santé mentale accessibles pour les immigrantes et les réfugiées? Il faut aussi examiner les questions de santé mentale et de violence familiale liées aux immigrantes et aux réfugiées, y compris l'information propre aux femmes parrainées ou non	Nombre d'immigrantes et de réfugiées subissent beaucoup de stress, mais arrivent quand même à s'intégrer à la société canadienne. Il faut continuer d'appuyer leurs efforts et de fournir des services de santé mentale accessibles à celles qui sont aux prises avec des problèmes particuliers. Les programmes et les stratégies servant à diminuer l'isolement social et à reconnaître les expériences de la vie des immigrantes et des réfugiées auront un effet favorable sur leur santé mentale (p. ex., centres pour femmes immigrantes, maillage et mentorat, programmes de langue, d'emploi et de recyclage). Une des politiques prioritaires concerne la mise sur pied ou l'amélioration de services de santé mentale à l'intention des femmes réfugiées.

attribuables aux traumatismes multiples, comme le viol et la torture avant l'émigration, sont un enjeu de santé mentale majeur pour maintes réfugiées. Beaucoup d'immigrantes et de réfugiées sont parrainées par leur conjoint, ce qui peut limiter leur autonomie et les exposer davantage à la violence familiale.	parrainées. L'étude des meilleures pratiques en matière de promotion de la santé dans le pays d'origine pourrait servir à recenser les moyens efficaces de réduire l'isolement et le stress liés au procédé d'intégration.	

2.4 L'immigration et le vieillissement

Les études portant sur les immigrants âgés sont relativement récentes. En 1999, l'Alliance des communautés culturelles pour l'égalité dans la santé et les services sociaux (ACCESSS) du Québec a beaucoup contribué à la recherche canadienne dans ce domaine en publiant une étude sur l'immigration et le vieillissement, em mettant l'accent sur les immigrantes. En voici les principales conclusions.

- Les plus grands défis qui attendent les immigrants âgés consistent à surmonter les barrières linguistiques, les obstacles à la communication et les difficultés liées à l'accès au système de santé.
- Tous les aspects de la vie des immigrants et réfugiés âgés sont bouleversés, à un moment où ils ont une vulnérabilité accrue et une moindre résistance.
- L'adaptation est particulièrement difficile si l'immigration est involontaire ou lorsque les différences entre la société canadienne et le pays d'origine sont prononcées.
- La perte des réseaux de soutien social peut s'avérer plus démoralisante pour les femmes que pour les hommes âgés puisque ces réseaux occupent souvent une place prépondérante dans la vie des femmes.
- Les immigrantes et les réfugiées âgées de plus de 65 ans figurent parmi les populations les plus pauvres du Canada et elles sont nettement plus vulnérables à la pauvreté que les hommes de leur catégorie.
- Dans 70 à 80 p. 100 des familles, les femmes jouent le rôle d'aidante naturelle.
- Il faut étudier le rôle d'aidantes naturelles des immigrantes âgées dans le cadre de leur adaptation à un nouveau pays.
- Les stratégies axées sur la famille font défaut dans le domaine des soins gériatriques, surtout en ce qui concerne les soins de santé mentale et les cas de maladies graves ou terminales.
- Il faudrait évaluer et accroître la capacité des institutions, notamment celle des résidences pour personnes âgées, de répondre aux besoins des immigrants qui exigent des soins en milieu hospitalier[46].

L'apport de cette étude est considérable dans le domaine de la santé des immigrantes et des réfugiées, car elle met en lumière la vulnérabilité des immigrantes âgées à l'isolement social et à la pauvreté ainsi que leur rôle d'aidantes naturelles. Il faudra mener d'autres études sur ce sujet et dans d'autres domaines touchant les personnes âgées et l'immigration[47]; Il faudra aussi porter une attention particulière aux communautés d'immigrants arrivés après 1970, au vieillissement des populations de réfugiés et aux répercussions de l'immigration sur les personnes âgées.

L'immigration et le vieillissement : incidences sur la recherche et les politiques

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur les politiques
Les immigrantes et les réfugiées âgées sont particulièrement vulnérables à l'isolement social et à la pauvreté. Elles sont aussi plus susceptibles de porter le fardeau des aidants naturels.	Il faudra étudier les problèmes liés au vieillissement et à l'immigration, en général, et les approches communautaires en matière de prestation des soins de santé en particulier. Il faut aussi s'intéresser aux thèmes suivants : - le vieillissement des communautés d'immigrants arrivés après 1970; - le vieillissement des populations de réfugiés; - les répercussions de l'immigration sur les personnes âgées.	Les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs doivent tenir compte de la diversité des communautés de personnes âgées au Canada. Afin de préserver la santé et le bien-être des immigrantes et des réfugiées âgées, il faudra élaborer des programmes et fournir des services ciblés (comme services d'interprétation) aptes à éliminer les obstacles à la communication, les barrières culturelles et l'isolement. Dans l'élaboration et la prestation de services de santé communautaires, de soins à domicile et de programmes d'animation pour la petite enfance, il ne faut pas trop compter sur les personnes âgées comme source d'aidants naturels non rémunérés.

2.5 Accessibilité des services de santé

Les rôles multiples et les réalités complexes de la vie des immigrantes et des réfugiées

Dans sa recherche sur l'immigration et la santé, Kinnon a conclu qu'en raison de leurs responsabilités familiales et professionnelles, de nombreuses immigrantes ont souvent de la difficulté à recourir aux soins de santé[48]. Des études récentes menées au Canada indiquent également qu'elles sont souvent victimes de discrimination ethnoculturelle et sexuelle, et qu'elles connaissent des conflits de rôles et des conflits culturels. Ces situations complexes peuvent réduire l'accessibilité des services de santé, ce qui pousse les immigrantes et les réfugiées à placer les problèmes de santé des autres membres de leur famille avant les leurs.

Un dépouillement récent de la documentation consacrée à l'accessibilité des soins de santé selon les différentes catégories de revenu et de groupes ethniques menée dans la région de l'Atlantique[49] a permis de recueillir les données suivantes.

- Les systèmes et services de santé reflètent les perceptions, les valeurs et les priorités des cultures dominantes, et il faut combler les besoins de santé des communautés ethniques actuelles et des populations d'immigrants récents, dont la diversité ne cesse d'augmenter. Pour les minorités visibles, cette situation se traduit par un accès inégal aux soins de santé et des soins de moindre qualité.

- Les barrières linguistiques et les obstacles à la communication signifient que des minorités formées d'immigrants sont souvent mal renseignées sur les services de santé disponibles et leurs avantages, ce en qui réduit l'utilisation et l'accessibilité[50].

Le rapport recense aussi des thèmes importants pour la recherche à venir.

- Recherches quantitatives et qualitatives systématiques sur les facteurs qui déterminent l'accessibilité des soins en considérant une vaste gamme de services et de programmes de santé et en portant une attention particulière aux liens entre le revenu, l'emplacement, la culture, l'expérience d'immigration à court et à long terme et l'utilisation des soins de santé.

- Cueillette de plus d'informations sur les différents problèmes et besoins de santé des minorités ethniques, en particulier à l'égard des immigrants récemment arrivés en tenant compte du rôle joué par les différences sexuelles.

- Plus d'analyses des nouveaux problèmes liés aux soins à domicile et de l'influence de variables comme le revenu, le lieu (régions rurales et moins peuplées), l'origine ethnique et le sexe.

Les incidences de la culture et de la langue

La culture et la langue influent fortement sur l'utilisation des soins de santé et la façon d'y accéder. On rencontre les mêmes problèmes au sein des différentes communautés culturelles et des milieux de soins. Ainsi, une recherche menée auprès de la communauté arabe de Toronto a permis de répertorier les obstacles suivants : insuffisance de travailleurs de la santé parlant arabe, particulièrement chez les femmes médecins, pénurie de services d'interprétation en arabe, et de services de santé adaptés à la culture[51]. Les femmes de langue arabe habitant Montréal ont également indiqué que la ville manquait de médecins parlant arabe[52].

La recherche fait également état de la complexité des obstacles linguistiques et du besoin essentiel de tenir compte de l'âge, du sexe et des rapports entre classes sociales dans le procédé d'interprétation[53]. Même si des efforts sont consentis pour surmonter les obstacles linguistiques, les milieux institutionnels peuvent présenter un obstacle à la communication. Les hôpitaux, plus particulièrement les salles d'urgence, sont souvent intimidants, car ils manquent d'intimité et sont bondés.[54] Lorsqu'on recourt aux services d'interprètes, l'information est souvent filtrée, surtout s'il s'agit de membres de la famille[55].

L'écart culturel peut aussi accroître la complexité des communications interculturelles et la prestation de soins adéquats aux immigrantes et aux réfugiées. Une recherche auprès de Somaliennes habitant les basses terres de la Colombie-Britannique[56] a révélé leur désir d'avoir accès à des soins de santé appropriés, liés à la fonction reproductrice et fournis par un personnel compétent et respectueux des femmes ayant subi la mutilation de leurs organes génitaux.

Amélioration de l'accessibilité des services de santé
L'amélioration de l'accès aux soins de santé pour les immigrantes et les réfugiées est un champ d'étude important. Un examen des travaux de recherche canadiens menés récemment sur ce thème a permis de recenser 13 nouvelles publications[57]. D'après les conclusions de l'étude, l'adaptation des soins de santé aux différences culturelles et les initiatives de promotion de la santé permettent d'améliorer non seulement l'accessibilité des services de santé, mais aussi l'état de santé des immigrantes et des réfugiées ainsi que leurs comportements liés à la santé. L'étude indique aussi que pour mettre au point des pratiques et des programmes de soins de santé accessibles et adaptés aux différences culturelles, il faut connaître les conditions de vie des immigrantes et des réfugiées (p. ex., compétences linguistiques, niveau d'acculturation, traumatisme vécu avant d'émigrer[58]).

D'autres études démontrent également la nécessité d'élaborer des initiatives de sensibilisation et de promotion de la santé qui permettent aux femmes de se réunir afin de combattre l'isolement, de faire part de leurs expériences et d'établir des réseaux de soutien social[59]. Ces initiatives prennent souvent beaucoup de temps et exigent l'intervention d'animateurs, de traducteurs et d'interprètes culturels. Ces femmes profitent aussi d'une approche axée sur le développement communautaire, qui vise à établir des liens de confiance et à aider le groupe à repérer les problèmes les plus urgents et à trouver des solutions[60].

Jumelage des sexes et des ethnies

Dans un article paru récemment, Vissandjée et autres (2000)[61] affirment que les soins de santé adaptés à la culture doivent tenir compte, tant chez les utilisateurs que chez les dispensateurs de soins, des expériences propres à chaque sexe et des besoins des femmes selon leur appartenance à un groupe d'immigrants ou à une ethnie. La notion de jumelage ethnique provient de la documentation consacrée à la santé mentale; et, selon Weinfeld (1998)[62], elle peut être conceptualisée selon trois axes : l'origine ethnique du personnel professionnel, l'orientation ethnique de l'organisme prestataire des soins et l'usage réel. Ce modèle peut être élargi afin de tenir compte du sexe, même si cela entraîne des problèmes de recherche et de pratique.

Au Canada, on a publié très peu d'études quantitatives sur le jumelage des sexes ou des ethnies. Il serait utile de déterminer si les femmes appartenant à un groupe ethnique donné ont droit à un meilleur service lorsqu'elles reçoivent des soins d'un professionnel appartenant au même groupe ou d'un organisme ethnospécifique, ou qu'elles ont accès à des pratiques adaptées à leur sexe[63]. La question centrale consiste à savoir si, à long terme, le jumelage des sexes ou des ethnies peut avoir des effets favorables et importants sur la santé.

Il faudra également évaluer les avantages du jumelage des sexes ou des ethnies à la lumière de la recherche qui révèle que les immigrantes et les réfugiées préfèrent les professionnels « canadiens », particulièrement si des questions de confidentialité ou de conflit de normes sexuelles ou culturelles sont en jeu. Ainsi, une recherche menée par Gastaldo et autres (1998) auprès d'immigrantes musulmanes du Québec montre que, si les femmes avaient des avis partagés concernant le sexe de leur gynécologue, la grande majorité d'entre elles (80 p. 100) préféraient consulter des médecins « canadiens » plutôt que leurs collègues d'origine « arabe »[64]. Bowen (1998) souligne également cette préférence pour les spécialistes « canadiens » de la santé mentale[65].

Un projet de recherche-action mené à Edmonton[66] témoigne du potentiel du jumelage ethnique et de la valeur des partenariats de recherche. Dans le cadre d'un programme des services de prévention et de promotion de la santé communautaire d'Edmonton visant à améliorer l'accès des familles chinoises et vietnamiennes aux services de périnatalité et de consultation pédiatrique, trois infirmières, elles-mêmes immigrantes, ont été engagées pour travailler avec ces familles. Le projet de cette équipe d'infirmières, qu'on a plus tard nommées « l'équipe de santé du réveil du Dragon », a permis de faire les constations suivantes :

- les familles d'origine chinoise et vietnamienne ont de beaucoup préféré recourir aux services de l'équipe;
- l'attitude du personnel à l'égard de l'équipe a évolué, passant de la résistance à l'intégration, à l'acceptation puis à la reconnaissance de ses compétences;
- la familiarisation du personnel avec l'expérience vécue des immigrants, les croyances et pratiques ethnoculturelles de ceux-ci ainsi que la communication interculturelle se sont améliorées.

Cette expérience démontre qu'il faut s'attaquer aux obstacles culturels et linguistiques liés à la prestation de soins de santé et à la valeur des soins adaptés à la culture[67]. Elle illustre aussi les problèmes d'acceptation et de crédibilité en milieu de travail auxquels sont confrontés les travailleurs de la santé issus de minorités ethniques ou de familles d'immigrants. Ce projet souligne en outre la nécessité de soutenir leur intégration afin que tout le personnel puisse profiter des compétences et de l'expérience qu'ils apportent en milieu de travail[68].

L'importance de la famille et de la collectivité

La recherche indique également la nécessité de comprendre l'importance et le rôle central joué par la famille et la collectivité dans la conservation de l'identité et le bien-être des immigrants[69]. Il serait, en effet, préférable d'adopter des stratégies axées sur la famille plutôt que d'opter pour l'approche individualiste qui prime généralement au Canada. De même, les institutions comme les résidences pour personnes âgées sont rarement en mesure de satisfaire adéquatement aux besoins des immigrants parce que leurs principes directeurs s'inspirent des modèles de soins de la culture dominante.

Parmi les approches proposées pour améliorer la prestation des services de santé figurent les stratégies de promotion de la santé faisant appel aux organisations ethnoculturelles de la communauté. Mayetela et autres (1999)[70] sont d'avis que pour s'adapter et répondre aux besoins des patients, un système de santé doit devenir multiculturel, c'est-à-dire qu'il doit finir par intégrer la diversité culturelle à l'élaboration des politiques de façon à influer sur l'ensemble des services sociaux et du système de santé.

L'accessibilité des services de santé : incidences sur la recherche et les politiques

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur les politiques
La recherche indique qu'en raison de leurs responsabilités familiales et professionnelles, de nombreuses femmes immigrantes et réfugiées ont de la difficulté à utiliser les services de santé existants. Les mesures de promotion de la santé et les soins adaptés à la culture permettent d'améliorer l'accessibilité des services et l'état de santé des immigrantes et des réfugiées ainsi que leurs comportements en matière de santé.	Un des principaux domaines pour la recherche à venir concerne les conditions de vie des immigrantes et des réfugiées, et leurs répercussions sur l'accessibilité des services et des programmes de santé. Les variables à considérer incluent : - l'âge; - le temps écoulé depuis l'immigration; - le pays d'origine; - les circonstances entourant l'émigration; - l'expérience de la migration; - le niveau d'acculturation; - les valeurs propres à la culture et les notions de santé et de promotion de la santé; - le statut migratoire; - le droit de s'établir et l'admissibilité aux programmes d'intégration - la scolarité, la classe sociale et l'emploi dans le pays d'origine, et le nouveau statut par suite de l'immigration;	Une meilleure connaissance de la situation favorisera l'élaboration de nouveaux services de santé et la modification des services actuels en les adaptant à la culture et en les rendant plus accessibles. Compte tenu de la diversité au sein des collectivités d'immigrantes et de réfugiées, de nombreux services et stratégies adaptés aux différences culturelles s'imposent. Il est primordial de connaître et d'aplanir les obstacles à l'accès aux services de santé si l'on veut : - conserver et améliorer la santé des immigrantes et des réfugiées; - assurer l'accessibilité des soins de santé, comme le stipule la *Loi canadienne sur la santé*. Les stratégies et services qui améliorent l'accès des immigrantes et des réfugiées aux services de santé devraient aussi profiter à d'autres

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur les politiques
	- l'emplacement des proches et de famille élargie.	groupes.
Les obstacles linguistiques et les différences culturelles peuvent empêcher certains groupes d'immigrantes et de réfugiées d'être bien informées sur les services de santé et les avantages auxquels elles ont droit.	Il faudra procéder à des analyses comparatives entre les sexes et à des études sur la diversité à tous les niveaux du système de santé. La recherche peut aider à définir ou à élaborer des modèles de meilleures pratiques en matière de formation, d'élaboration de politiques, de programmes et de services adaptés aux différences entre les sexes et à la culture.	Les décideurs peuvent contribuer grandement au maintien ou à l'amélioration de l'état de santé des immigrantes et des réfugiées en appuyant l'élaboration et la promotion de pratiques, de programmes, de politiques et de services de santé adaptés aux différences entre les sexes et à la culture.
L'interprétation est un processus complexe que peuvent teinter des facteurs comme l'âge, le sexe et la classe sociale.	D'autres recherches s'imposent pour vérifier l'efficacité du jumelage des sexes et des ethnies auprès des fournisseurs et des utilisateurs de soins de santé, et les effets à long terme de cette mesure sur la santé. Il faudra examiner de plus près le recours aux médecines traditionnelles et parallèles (qui, quand et pourquoi, ainsi que leur interaction avec la médecine dite « occidentale » et les répercussions sur la santé. On peut demander aux immigrantes et	Les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs peuvent d'abord se concentrer sur les priorités indiquées par les immigrantes et les réfugiées dans les travaux de recherche : - soins, en matière de reproduction, à la fois indiqués et respectueux, fournis par un personnel qualifié et destinés particulièrement aux femmes ayant subi la mutilation d'organes génitaux; - services de santé mentale; - services d'interprétation linguistique

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur les politiques
	aux réfugiées ce qu'elles savent du système de santé canadien, étudier les écarts majeurs et définir les stratégies susceptibles de les combler. Il faudra entreprendre des recherches portant sur l'interaction des médecins et des travailleurs de la santé, des interprètes bénévoles et des utilisateurs de services afin de vérifier si l'interprétation sélective peut affecter, voire compromettre les soins de santé, notamment dans les cas de violence familiale.	et culturelle; - initiatives de sensibilisation et de promotion de la santé destinées à permettre aux femmes de se réunir, de façon à combattre l'isolement, de partager leurs expériences et d'établir des réseaux de soutien social. Il faudra accroître la sensibilité aux questions reliées au sexe et les connaissances culturelles à tous les niveaux du système de santé. Il faudra, pour ce faire, que les travailleurs de la santé et le système de santé en général : - soient mieux informés et sensibles aux besoins et aux perceptions d'une clientèle d'origines culturelles différentes; - se familiarisent avec les maladies et les médecines propres aux groupes et sous-groupes des minorités ethnoculturelles. Le milieu de la santé devrait pouvoir compter sur des interprètes de langue ou, si possible, culturels pour assurer la clarté et la confidentialité des communications.

2.6 Les effets de la réforme des soins de santé

Toute étude portant sur les besoins des immigrantes et des réfugiées en matière de santé doit tenir compte des récentes politiques de restructuration du système de santé et du climat de concurrence qui prévaut en raison de la rareté des ressources. Il est important de noter que les effets de la réforme des soins de santé peuvent être différents pour les communautés d'immigrantes et de réfugiées par comparaison avec la population en général.

Vissandjée et autres (2000) estiment qu'il faudra mener des recherches en fonction du sexe et des différences culturelles pour cerner les facteurs contextuels et environnementaux inhérents aux nouvelles conditions de vie des immigrantes. La réforme des soins de santé compte parmi les plus importants de ces changements. Les principaux domaines de recherche et les questions stratégiques incluent :

- les effets du virage ambulatoire;
- le recours croissant aux organisations communautaires et aux femmes à titre d'aidantes naturelles non rémunérées;
- la transformation de l'économie et l'augmentation de la pauvreté [71].

On a constaté que « les effets de la réforme des soins de santé dans les salles d'obstétrique des hôpitaux ont accru le fardeau qui pèse sur les services offerts aux femmes des minorités en raison du manque de temps et de politiques hospitalières qui limitent l'accès aux soins infirmiers et à l'information »[72]. Les hôpitaux qui appliquent la réforme de la santé, en normalisant les interactions avec les patients, confondent le traitement égal et le traitement équitable, -- une formule qui nie les besoins différents et de la nature hétérogène des patients. Dans ce contexte, les immigrantes et les réfugiées sont de plus en plus marginalisées; et elles ont de plus en plus besoin de nouveaux programmes communautaires leur permettant, notamment, de compter sur des travailleurs sociaux bilingues et biculturels ainsi que sur des agents de liaison multiculturelle capables de les assister depuis leur grossesse jusqu'au terme du post-partum[73].

Anderson et autres (1999)[74] et Weinfield (1997) montrent l'importance d'analyser les différentes cultures des organisations de soins de santé et le contexte social élargi. Les résultats de l'étude d'Anderson indiquent qu'il ne suffit pas d'axer l'action sur les dispensateurs de soins de santé pour adapter le système à la culture, mais qu'il faut tenir compte du contexte social et culturel des organismes de soins de santé et de tout le milieu social et culturel de la société; c'est là un point repris par Mayetela et autres (1999)[75].

Comme Spitzer (2000), Anderson et autres (1999) illustrent la pression qui s'exerce sur le système de soins de santé, tiraillé entre les mesures destinées à en accroître l'accessibilité pour les groupes mal desservis et les objectifs de compression des coûts[76]. Dans ce climat, il faut se rappeler que l'expérience démontre que « les immigrants sont des contributeurs nets aux programmes gouvernementaux » et

que « la contribution des nouveaux immigrants en impôt et en productivité est supérieure à ce qu'ils consom ment en paiements de transfert gouvernementaux et en soins de santé »[77].

Effets de la réforme des soins de santé : incidences sur la recherche et les politiques

Principaux résultats de recherche	Thèmes de la recherche à venir	Incidences et conseils sur la politique
La restructuration des soins de santé peut avoir des répercussions différentes sur les immigrantes et les réfugiées. Par exemple, la réforme des soins de santé en milieu hospitalier, visant à limiter et à normaliser l'accès à l'information et aux soins, ne tient pas compte de la diversité de la clientèle hospitalière et de ses besoins. Dans ce contexte, il est particulièrement difficile de satisfaire aux besoins des immigrantes et des réfugiées, surtout si elles ne sont pas de culture européenne.	Quels sont les effets de la réforme des soins de santé sur les immigrantes et les réfugiées, notamment en ce qui a trait à : - leur utilisation des services de santé, y compris les services de promotion, de prévention, de diagnostic et de traitement; - la capacité du système de santé à satisfaire aux besoins majeurs en matière de soins; - leur rôle d'aidantes naturelles (non rémunérées).	La réforme des soins de santé peut avoir des effets très négatifs sur les immigrantes et les réfugiées, en particulier celles qui ont des problèmes de langue et de communication, qui sont isolées ou qui ne peuvent pas compter sur la présence d'un membre de la famille élargie. Il faut, par conséquent, appuyer les programmes communautaires qui offrent les services de travailleurs biculturels ou pluriethniques, d'agents de liaison multiculturelle bilingues et des programmes de santé adaptés aux différences culturelles et linguistiques. Il faut trouver un juste équilibre entre les objectifs de limitation des coûts et les mesures visant à rendre le système de santé plus accessible aux groupes qui ont été ou qui continuent d'être mal desservis. Autrement, les économies que permet de réaliser la réforme de la santé, à court terme, risquent d'être englouties par les coûts associés au défaut de répondre aux besoins de santé actuels de populations importantes.

2.7 Nouveaux enjeux

Ce survol de la recherche au Canada montre qu'on cerne de mieux en mieux les obstacles auxquels font face les immigrantes et les réfugiées en matière de soins de santé et les mesures aptes à les surmonter. Des progrès importants ont été réalisés dans la recherche sur la santé mentale, le vieillissement et les répercussions de la réforme des soins de santé. Des initiatives visent à sensibiliser davantage les professionnels de la santé aux réalités culturelles en leur offrant, notamment, la formation sur la communication interculturelle; il reste toutefois beaucoup de travail à faire.

Les résultats de ces études soulignent l'importance des analyses comparatives entre les sexes et de la diversité dans la recherche et l'élaboration des politiques. La documentation indique également que la résolution des problèmes relatifs à la santé des immigrantes et des réfugiées nécessite une approche adaptée aux différences culturelles, qui consiste notamment à consulter ces communautés et à les inviter à participer activement à la recherche et à l'élaboration des politiques.

On dénombre de nouveaux enjeux qui n'entrent pas dans le cadre du présent document, mais auxquels pourraient se consacrer les chercheurs sur la santé des immigrantes et des réfugiées. En voici quelques-uns :

- les médecines douces et parallèles;
- le recrutement des immigrantes et des réfugiées à des essais cliniques;
- le dépistage génétique dans les cas d'états pathologiques particuliers;
- le trafic des femmes;
- le VIH -sida et les femmes immigrantes et réfugiées (p. ex. les questions d'éthique et de droit de la personne quant au dépistage obligatoire du VIH/sida des immigrants);
- la résurgence de la tuberculose par suite de l'immigration au Canada.

3. Accroître les incidences de la recherche sur les politiques

Il y a des avantages manifestes à tirer de l'amélioration des liens entre la recherche et les politiques, -- c'est-à-dire entre la recherche orientée sur les politiques et les politiques fondées sur les résultats. Le défi consiste à trouver des moyens efficaces et adaptés aux différences culturelles afin de promouvoir et de maintenir la collaboration ainsi que la coordination entre la recherche et l'élaboration des politiques. Une telle synergie est susceptible d'avoir un effet très favorable sur la santé des immigrantes et des réfugiées.

Les mandats confiés aux centres d'excellence pour la santé des femmes et les centres d'excellence de Metropolis* (CEM) leur permettent de servir de catalyseur de la recherche et de l'élaboration des politiques sur les problèmes liés à la santé des femmes.

Les mandats et programmes de tous les CESF accordent une importance continue aux travaux de recherche pertinents sur l'élaboration des politiques. Les centres appuient les projets de recherche axés sur les politiques, l'analyse des mesures gouvernementales et la formulation de recommandations en matière de politiques et de programmes publics – pour favoriser l'action et le changement constructif. Les questions relatives à la santé des immigrantes et des réfugiées sont au cœur des activités des centres et figurent parmi les priorités de recherche. En outre, les centres travaillent en partenariat avec de nombreux groupes et individus, notamment des universitaires issus de diverses disciplines, différents organismes communautaires, des dispensateurs de soins de santé ainsi que des conseillers politiques et des décideurs de différents ordres de gouvernement. La création et le maintien de ces réseaux ainsi que la diffusion des résultats de recherche sous-tendent toutes les activités des centres.

La recherche axée sur les politiques compte parmi les principaux objectifs continus du Projet Metropolis, lequel vise à accroître la capacité du gouvernement à élaborer des politiques fondées sur des données probantes, en matière d'immigration et d'intégration. Tous les centres de Metropolis mènent des recherches sur la santé. Un relevé rapide de la recherche sur la santé des immigrantes et des réfugiées permet de constater qu'au moins le quart des projets terminés ou en cours sont consacrés à des analyses en fonction du sexe, portent expressément sur les femmes ou présentent une analyse comparative entre les sexes[78].

Les centres de Metropolis soutiennent également la recherche pluridisciplinaire et travaillent en collaboration avec de nombreux organismes, y compris des ONG, des organismes d'accueil ainsi que des administrations provinciales et municipales. En outre, le projet Metropolis bénéficie, au Canada, de l'appui de nombreux ministères et organismes du gouvernement fédéral*. Il reste cependant à employer ce soutien pour accéder aux tribunes politiques et aux décideurs, ce qui constitue un défi majeur.

Les rapports sur les projets des CESF et des CEM indiquent que ces centres ont réussi à intervenir dans le procédé d'élaboration des politiques à l'échelle régionale et provinciale, mais qu'ils n'ont pas eu autant de succès au niveau fédéral. Le Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes de Santé Canada (PCESF) et le groupe de travail Metropolis (HCWG) ont uni leurs efforts afin de déterminer et d'élaborer des mécanismes susceptibles d'aider les décideurs à assimiler la recherche et l'information au cours du procédé d'élaboration des politiques. Les chercheurs du PCESF et des CEM s'intéressent aussi à la création ou à l'amélioration des partenariats dans le secteur de la recherche ainsi qu'aux initiatives stratégiques.

---

* Consulter l'annexe 4 pour plus de renseignements sur les CESF, et l'annexe 5 pour plus de détails sur les CEM.

Dans le cadre de la 4e conférence nationale de Metropolis, organisée en mars 2000, on a fait une synthèse de la recherche menée par les CESF sur la santé des immigrantes et des réfugiées et recensé les projets des CEM consacrés à des analyses, en fonction du sexe, qui portent expressément sur les femmes ou qui incluent une analyse comparative entre les sexes. Le PCESF a également présenté un document de synthèse et certains projets de recherche dans le cadre d'un atelier de la conférence; cette initiative a mis en lumière les questions liées à la santé des immigrantes et des réfugiées de même que les travaux des chercheurs du Projet Metropolis.

Par suite de l'atelier, le Bureau pour la santé des femmes a commandé la rédaction de ce document, susceptible d'inspirer d'éventuels projets de recherche. Il peut servir aux analystes et aux responsables des politiques sur la santé à l'échelle institutionnelle, municipale, régionale, provinciale et fédérale pour classer les questions stratégiques par ordre de priorité, définir les résultats des politiques souhaités et élaborer des stratégies. Le document peut aussi assister les ONG dans leur travail sur les politiques.

Ce tour d'horizon de la recherche canadienne sur la santé des immigrantes et des réfugiées révèle que l'analyse comparative entre les sexes et l'analyse de la diversité produisent de nouvelles données. La multiplication des sources de recherche, d'information et de savoir n'est cependant pas suffisante. Il faut aussi veiller à ce qu'elles fassent l'objet d'une diffusion et d'une d'utilisation maximales dans l'élaboration des politiques et au sein des collectivités.

4. AGIR : SUGGESTIONS POUR LES PROCHAINES ÉTAPES

Les plus grands défis qui attendent les chercheurs et les décideurs consistent à échanger l'information de façon efficace et en temps utile. Des recherches de qualité favorisent l'élaboration de politiques publiques efficaces et inversement. Nulle part cela n'est-il plus vrai que dans le domaine des politiques en matière de santé. En outre, la présente étude a prouvé que,
si l'on veut tenir compte de l'expérience des immigrantes et des réfugiées et combler leurs besoins en santé, il faudra apporter des changements à tous les niveaux du système et revoir l'élaboration des politiques.

L'approche graduelle permet de relever les défis suivants :

1) *Repérer les principaux acteurs*
Un projet ne peut progresser sans la participation, dès le début, des principaux intervenants. Comme première étape, ce document recommande donc de réunir les chercheurs médicaux des CESF et des CEM qui s'intéressent à la santé des femmes (immigrantes et réfugiées) et les représentants de ministères désignés et de groupes d'immigrantes et de réfugiées. Cet aperçu de la recherche indique clairement de quels groupes, personnes et ministères il s'agit.

2) *Procédé de planification stratégique*
Cette réunion d'intervenants devrait comporter trois objectifs :

i. établir de bons modèles de communication et s'entendre sur une mission commune;
ii. cerner les orientations prioritaires du gouvernement fédéral;
iii. repérer les mécanismes existants ou envisager d'en créer de nouveaux afin que la recherche puisse continuer d'influer sur l'élaboration des politiques en matière de santé.

Il serait utile d'assortir ces mécanismes au programme, proposé par Citoyenneté et Immigration Canada et le CRSH, aux fins d'élaborer et d'améliorer les programmes de recherche sur la politique. Le financement de ces programmes est prévu à la 2e phase du Projet Metropolis, lequel prendra fin à la conférence nationale de 2001, à Ottawa.

3) *Procédé de planification parallèle*
Les changements requis pour satisfaire aux besoins de santé des immigrantes et des réfugiées nécessitent l'intervention de nombre de compétences, d'institutions et de groupes d'intérêt. Pour réussir à long terme dans un contexte politique aussi complexe, il est essentiel d'adopter une approche coordonnée. Ce document propose d'établir un dialogue stratégique en partageant le contenu du rapport avec les intervenants et les représentants d'autres ordres de gouvernement, une mesure apte à favoriser la sensibilisation, le dialogue et la planification adéquate des politiques et des programmes. Évidemment, tout effort multiniveau concerté prendra un certain temps. Cependant, le travail peut et doit commencer en marquant les premiers pas importants.

Le CESF et le CEM sont bien placés pour diriger les échanges stratégiques et coordonner, grâce à leur expertise, les recherches et le travail d'élaboration des politiques sur la santé des immigrantes et des réfugiées au Canada. Ces organismes constituent d'importantes sources de recherche, d'information et de savoir. Nombre de ministères et de tribunes politiques leur confient des mandats, auxquels ils ont d'ailleurs accès. Par conséquent, ils sont en mesure d'assurer un leadership ferme dans une variété de cadres politiques concernant la santé des immigrantes et des réfugiées.

ANNEXE 1 : LISTE DES MEMBRES DU GROUPE CONSULTATIF

Carol Amaratunga, Ph.D.
Professeure agrégée - recherche
Faculté des professions de la santé
Université Dalhousie
et
Directrice administrative
Centre d'excellence pour la santé des femmes - région des Maritimes
Université Dalhousie, IWK Grace Health Centre
Halifax (N.-É.) B3J 3G9
Tél. : (902) 420-6751 Téléc. : (902) 420-6752
Carol.Amaratunga@dal.ca

Sandra D. Harder
Gestionnaire, Unité d'analyse comparative entre les sexes
Citoyenneté et Immigration Canada
Édifice Jean Edmonds, tour Sud
Pièce 1844, 365, av. Laurier O.
Ottawa (Ontario) K1A 1L1
Tél. : (613) 954-8797 Téléc. : (613) 957-5913
Harder.Sandra@8751BSD.cina.cic.x400.gc.ca

Jacqueline Oxman-Martinez, Ph.D.
Agrégée de recherche
Centre d'études appliquées pour la famille, Université McGill
Coordonnatrice, composante 4, Immigration et métropoles
3506, rue University
Montréal (Québec)
Tél. : (514) 398-7062 Téléc. : (514) 398-5287
Joxman_martinez@hotmail.com

Carol Silcoff
Conseillère principale
Division de la gestion et de la diffusion de la recherche
Direction de la recherche appliquée et de l'analyse
Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité
Santé Canada
Indice de l'adresse 1915A
Pièce 1598D, édifice Jeanne-Mance, pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 954-8650 Téléc. : (613) 954-0813
carol_silcoff@hc-sc.gc.ca

Denise L. Spitzer, Ph.D.
Codirectrice, centre d'études interculturelles sur la santé et la guérison
Professeure adjointe invitée, programme d'études sur les femmes
Université de l'Alberta
13-15 Tory Building
Edmonton (Alberta) T6G 2H4
Tél. : (780) 492-0139 Téléc. : (780) 968-0208
denise.spitzer@ualberta.ca

Helen Verhovsek
Analyste principale
Bureau pour la santé des femmes
Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes
Indice de l'adresse 1903C
Pièce 336B, 3e étage, édifice Jeanne-Mance, pré Tunney
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : (613) 946-8807 Téléc. : (613) 941-8592
Helen_Verhovsek@hc-sc.gc.ca

Bilkis Vissandjée, Ph.D.
Professeure agrégée
Codirectrice universitaire
Faculté des sciences infirmières
Centre d'excellence pour la santé des femmes
Université de Montréal
C.P. 6128, succ. Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 3J7
Tél. : (514) 343-6837 et 343-6758 Téléc. : (514) 343-2306 et 343-7078
Bilkis.Vissandjee@umontreal.ca

ANNEXE 2: LISTE ALPHABÉTIQUE DE RÉFÉRENCES

Adam, H., et autres (1998). "The health needs of Somali women in the Lower Mainland: focus group report." Vancouver: BCCEWH.

Adrien, A., et autres (1994). "AIDS-related knowledge and practices in migrant populations: the case of Montréalers of Haitian origin." *Revue d'epidemiologie et de santé publique* 42(1): 50-57.

Adrien, A., et autres (1996). "Epidemiological studies are feasible in immigrant populations: a study of Montréalers of Haitian origin." *International Conference on AIDS* 11(1): 125.

Affi, L. (1997). "The Somali crisis in Canada: the single mother phenomenon." In H. Adam et autres (eds.) *Mending the Rips in the Sky: Options for Somali Communities in the 21st Century*. Lawrenceville, N.J.: Red Sea Press, pp. 441-48.

Agnew, V. (1998). "Tensions in providing services to South Asian Victims of wife abuse in Toronto." *Violence Against Women* 4(2): 153-179.

Anderson, J.M. (1991). "Immigrant women speak of chronic illness: the social construction of the devalued self." *Journal of Advanced Nursing*, 16(6): 710-17.

Anderson, J. M., et autres (1991). "Women's perspectives on chronic illness: ethnicity, ideology and the restructuring of life." *Social Science and Medicine* 33:101-113.

Anderson, J. M., et autres (1995). "Living with chronic illness: Chinese-Canadian and Euro-Canadian women with diabetes – exploring factors that influence management." *Social Science and Medicine* 41(2): 181-95.

Anderson, J.M. (in progress). "Health system renewal: writing in cultural plurality." Vancouver: (RIIM).

Babbins-Wagner, R. and Johnson, L.C. (1992). *Family Violence and Immigrant Women in Calgary: An Exploratory Study*. Calgary: Calgary Immigrant Women's Centre.

Badets, Howatson-L. (1999). « Les nouveaux immigrants dans la population active. »" *Tendances sociales canadiennes* (printemps 1999): 19-25.

Balls, M. (1992). « Un programme de main-d'œuvre pathogène: le programme pour les domestiques étrangères. » [A pathogenic human resources program: the program for foreign domestics] *Santé mental au Quebec* 17(2): 157-70.

Banerjee, F. (1998). *Peace of Mind: Integration Needs of Abused Immigrant Women.* Calgary: Calgary Immigrant Women's Centre.

Barnett J., et autres (1998). "A comparison of HIV behavioural risk factors for young gay men and young immigrant women." *International Conference on AIDS* 12:217.

Battaglini, A., et autres (1999). « Identification des facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale, rapport d'étape. » Montréal: CESAF.

Berteau, G., et autres (2000). *Empowerment et femmes immigrantes : Rapport de recherche.* Montréal: CESAF.

Bhaskaran, H. (1993). "An Indo-Canadian community assessment study." Edmonton: Capital Health Authority.

Bibeau, G., et autres (1999). "Impact des femmes immigrantes sur la formation des politiques, programmes et services multiculturels de santé au Québec." Montréal: CESAF.

Bolaria, B. S. and Bolaria, R. (1994). "Immigrant status and health status: Women and racial minority immigrant workers." In B. S. Bolaria and R. Bolaria (eds.), *Racial Minorities, Medicine, and Health.* Halifax: Fernwood

Bowen, S., (1998). "Resilience and health: Salvadoran women in Manitoba." M.A. thesis, Winnipeg: CEWH.

Boyd, M. (1990). "Immigrant women: language and socio-economic inequalities and policy issues." In S. Halli, F. Trovato and L. Driedger (eds.). *Ethnic Demography.* Ottawa: Carleton University Press.

Breton, M. (1999). "The relevance of the structural approach to group work with immigrant and refugee women." *Social Work with Groups* 22(2-3): 11-29.

British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. (in progress). "Mobilizing the community to address the prenatal health needs of Punjabi women." Vancouver: BCCEWH.

British Columbia Centre of Excellence for Women's Health. (in progress). "Listening to Latin American women." Vancouver: BCCEWH.

Buckland, R. L. (1997). *The Everyday Experience of Somali Women in Canada: Implications for Health.* (Thesis, University of Ottawa.)

Bureau pour la santé des femmes (1999). « Bulletin spécial du Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes (printemps et automne). » Ottawa: Santé Canada.

Bureau pour la santé des femmes (1999). « Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes : examen en cours de programme. » Ottawa: Santé Canada.

Cairney, J. and Ostbye, T. (1999). "Time since immigration and excess body weight." *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique* 90(2): 120-4.

Cave, A., et autres. (1995). "Physicians and immigrant patients: cross-cultural communication." *Canadian Family Physician = Médecin de famille canadien* 41: 1685-90.

Chen, Y., et. autres. (1999). "Increased effects of smoking and obesity on asthma among female Canadians: The National Population Health Survey, 1994-1995." *American Journal of Epidemiology* 150(3): 255-62.

Chicoine N., et autres. (1997). "The reconstruction process of immigrant women's social networks in Montréal; le processus de reconstruction des réseaux sociaux des femmes immigrantes dans l'espace Montréalais." *Recherches féministes* 10(2): 27-48.

Chiu, Y. (1991). *The Chinese Healthy Beginnings Exploratory Study: Gaining a Better Understanding of Chinese-speaking Women's Pregnancy and Childbirth Experience.* Edmonton: Capital Health Authority.

Choudhry U.K. (1997). "Traditional practices of women from India: pregnancy, childbirth, and newborn care." *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 26(5): 533-39.

Choudhry, U.K., et autres. (1998). "Breast cancer detection practices of South Asian women: knowledge, attitudes, beliefs." *Oncology Nursing Forum* 25(10): 1693-701.

Choudhry, U.K. (1998). "Health promotion among immigrant women from India living in Canada." *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 30(3): 269-74.

Christensen, C. and Dibiri, P. (in progress). "Assessing barriers to health care for visible minority immigrant women." Vancouver: BCCEWH.

Collins, E., et autres. (2000). "Research toward equity in the professional life of immigrants: a study of nursing in the metropolis." Toronto: CERIS.

Côté, A. "The impact of sponsorship on the equality rights of Francophone immigrant women." Toronto: CERIS.

Cousineau, D. (1990). « Etude d'un indice de santé globale chez les immigrants du Québec. » [Global health index among immigrants in Quebec]. *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique* 81(3): 187-90.

Damji Budhwani, Tasleem (1999). "Acculturative and marital stress: the moderating roles of spousal support, linguistic self-confidence and self-esteem." *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 60(3-B): 1348.

Dhari, R., et autres. (1997). "Creating a supportive environment for Indo-Canadian women." *The Canadian Nurse = Infirmière canadienne* 93(3): 27-31.

Dhawan, S. (1999). "Caregiving stress and acculturation in East Indian immigrants caring for their elders." *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 59(7-B): 3686.

Dossa, P. (1999). "The narrative representation of mental health: Iranian women in Canada." Vancouver: RIIM.

Dyck, I. (1993). "Health promotion, occupational therapy and multiculturalism: lessons from research." *Canadian Journal of Occupational Therapy = Revue canadienne d'ergothérapie*, 60(3): 120-9.

Dyck, I. (1995). "Putting chronic illness 'in place': women immigrants' accounts of their health care." *Geoforum* 26(3): 247-60.

Edwards, N. and Boivin, J. (1997). "Ethnocultural predictors of post-partum infant care behaviours among immigrants in Canada." *Ethnicity and Health* 2(3): 163-76.

Equity Committee of the Interim Regulatory Council on Midwifery (1994). "Midwifery care for immigrant and refugee women in Ontario." *Canadian Women's Studies = Les cahiers de la femme* 14(3):83-86.

Este, D., et autres. (2000). "Factors influencing childrearing practices of recently migrated East Indian and Chinese women with children from infancy to age six." Edmonton: PCERII.

Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (CCSP) (1999). *Pour un avenir en santé : deuxième rapport sur la santé de la population canadienne.* Ottawa: Santé Canada.

Gannage, C. (1999). "The health and safety concerns of immigrant women workers in the Toronto sportswear industry." *International Journal of Health Services,* 29(2): 409-29.

Gastaldo, D., et autres. (1998). "Comment les femmes immigrantes arabes et musulmanes perçoivent-elles la qualité des soins de santé sexuelle et reproductive au Québec." Montréal: CESAF.

Gibeau, A.M. (1998). "Female genital mutilation: when a cultural practice generates clinical and ethical dilemmas." *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 27(1): 85-91.

Goel, V. (1994). "Factors associated with cervical cancer screening: results from the Ontario Health Survey." *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique* 85:125-27.

Grossman D.W., et autres. (1999). "Geographic origin and risk for congenital infection in a Canadian inner city: findings and implications for policy." *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique* 90(6): 385-88.

Santé Canada. 1999. *Stratégie pour la santé des femmes de Santé Canada.* Ottawa: Santé Canada.

Hyman, I. and Dussault, G. (1996). "The effect of acculturation on low birthweight in immigrant women." *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique* 87(3): 158-62.

Immigrant Women of Saskatchewan (1993). *Immigrant Women of Saskatchewan Community Wellness Grant Program: Towards a Wellness Model for Immigrant and Racialized Women.* Saskatoon: Saskatoon District Board of Health.

Israelite, N. "Voices of immigrant women: the effects of cutbacks on their settlement experiences." Toronto: CERIS.

Israelite, N. "Settlement experiences of Somali refugee women in Toronto." Presentation for the 7th International Congress of Somali Studies, York University July 10, 1999.

Janzen, B. L. (1998). "Gender and health: a review of the recent literature." Winnipeg: PWHCE.

Jiminez, V. (in progress). « La communication entre soignant et soigné dans un contexte de grande distance socio-culturelle: le cas de la relation thérapeutique entre patients haïtiens et professionnels québécois. » Montréal: I et M.

Jiwani, Y. (in progress). "Developing a holistic framework for the delivery of violence-related health care and information to immigrant women from racialized communities." Vancouver: BCCEWH.

Juteau, D. and Ly-Tall, A. B. (in progress). « Pour une citoyenneté participative des femmes réfugiés au Canada : quelles politiques? » Montréal: I et M.

Kimura, M. (1993). "The impact of social support on acculturative stress, depression and life satisfaction among Japanese immigrant women in Canada." *Dissertation Abstracts International* 54(8): 3207-A.

Kinnon, D. (1999). *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada : un aperçu.* Ottawa: Santé Canada.

Krane, J., et. autres. (To be published in upcoming issue). "Violence against women and ethnoracial minority women: examining assumptions about ethnicity and race." *Canadian Ethics Studies Journal.*

Kulig, J. (1998). "Family life among El Salvadorans, Guatemalans and Nicaraguans: a comparative study." *Journal of Comparative Family Studies* 29(3): 469-79.

Labrie, A. and Girard, L. (1998). « Inventaire des politiques et programmes gouvernementaux ayant une incidence sur la santé des femmes. » Montréal: CESAF

Lajoie, A., et autres. (1999). "Adequacy of the health system in relation to the needs of immigrant women and Aboriginal women in Quebec " Montréal: CESAF.

Langford, N., et autres. (in progress). "Coping strategies, employment status and relationship stability of immigrant couples." Edmonton: PCERII.

MacKinnon, M. (1999). "Affirming immigrant women's health: building inclusive health policy." Halifax: MCEWH.

Mailloux, L. and Mulvihill, M.A. (2000). *Immigrant Women's Health: A Synthesis of Research by the Centres of Excellence for Women's Health.* Health Canada: Women's Health Bureau. Unpublished paper.

Manson-Singer, S., et autres. (1996). "South Asian immigrants' risk factors for HIV transmission in Vancouver, Canada." *International Conference on AIDS* 11(1):413.

Mayetela, R.-M., et autres. (1999). « Vieillir en contexte migratoire. » Montréal: CESAF and ACCESSS.

Meadows, L. and Thurston, W. (in progress). "Immigrant women and health: Phase II of WHEALTH." Edmonton: PCERII.

Meana, M., et autres. (2000) "Identifying barriers and incentives to breast-screening behaviour in Tamil immigrant/refugee women 50 years old and over." Toronto: CERIS.

Metropolis Project. (February 22, 2000). "Metropolis Centres of Excellence inventory of health projects and health-related projects." (Working Document: Draft). Ottawa: Health Canada.

Miedema, B. and Wachholz, S. (1998). *A Complex Web: Access to Justice for Abused Immigrant Women in New Brunswick.* Ottawa: Status of Women Canada.

Moghissi, H. (1999). "Away from home: Iranian women, displacement cultural resistance and change." *Journal of Comparative Family Studies* 30(2): 207-17.

Mohamed, H. (1997). "Somali refugee women's experience in Kenyan refugee camps and their plight in Canada." In *Mending the Rips in the Sky: Options for Somali Communities in the 21st Century* H. Adam, R. Fords, eds. Lawrenceville, N.J.: Red Sea Press, pp.431-40.

Moussa, H. (1998). "Violence against refugee women: gender oppression, Canadian policy and the international struggle for human rights." *Resources for Feminist Research = Documentation sur la recherche féministe* 26 (3-4): 79-112.

Murty, M. (1998). "Healthy living for immigrant women: a health education community outreach program." *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne* 159: 385-87.

Neufeld, A., et autres. (in progress). "Immigrant women's experience as family caregivers: support and barriers." Edmonton: PCERII.

Neysmith, S. and Aronson, J. (1997). "Working conditions in home care: negotiating race and class boundaries in gendered work." *International Journal of Health Services* 27(3): 479-99.

Ng, E. and Nault, F. (1997). "Fertility among recent immigrant women to Canada, 1991: an examination of the disruption hypothesis." *International Migration* 35(4): 559-80.

Noh, S., et autres (1992b). "Depression in Korean immigrants in Canada II. Correlates of gender, work, and marriage." *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 180, 578-581.

Noivo, E. (1994). *Ethnicity, Gender and Violence: Inter-generational Relations in Immigrant Families.* Madrid: International Sociological Association.

Novac, S. (1996). *A Place to Call One's Own: New Voices of Dislocation and Dispossession.* Ottawa, Status of Women Canada.

Ogilvie, L., et autres. (2000). "Minority nurses for minority populations: a pilot study in public health nursing." Edmonton: PCERII.

Ontario. Bureau pour la santé des femmes (1993). *Ça ne peut plus durer : les besoins des immigrantes, des réfugiées et des femmes de minorités raciales en matière de services santé*. Toronto: Ministère de la Santé de l'Ontario.

Oxman-Martinez, J. (2000). "Immigration, women and health in Canada." *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique* Volume 91, No. 5, Sept.-Oct. 2000: 394-395.

Oxman-Martinez, J., et autres. (to be published in next Special Issue.) "Directions for refugee policy in an era of globalization." *Refuge.*

Oxman-Martinez, J. and Abdsol, S. (in progress). « La violence conjugale et les femmes de minorités ethnoculturelles : un examen des présupposés relatifs a l'ethnicité et a la "race". » Montréal: CI et M.

Pédraza, S. (1991). "Women and migration: the social consequences of gender." *Annual Review of Sociology* 17: 303-25.

Remis, R.S., et autres. (1995). "HIV infection among women undergoing abortion in Montréal." *Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association médicale canadienne* 153(9): 1271-79.

Rojas-Viger, et autres. (1999) "Impact of violence on the mental health of Latin American women." Montréal: CESAF.

Rousseau, C., et autres. (in progress). "Tortured bodies, broken spirits – rebuilding strategies for refugee women who have been victims of organized violence." Montréal: CESAF.

Rose, D., (in progress). "Résautage avec d'autres chercheurs intéressés a la question 'femmes, familles et réseaux sociaux' dans une problématique d'intégration sociale." Montréal: I et M.

Sharif, N., et autres (2000). *Ethnicity, Income and Access to Health Care in the Atlantic Region: A Synthesis of the Literature.* Halifax: MCEWH.

Schreiber, R., et autres (1998). "The contexts for managing depression and its stigma among Black West Indian Canadian women." *Journal of Advanced Nursing*, 27(3): 510-17.

Seward, S. B. (1990). "Immigrant women in the clothing industry." In S. Halli, F. Trovato, and L. Driedger (eds.). *Ethnic Demography.* Ottawa: Carleton University Press.

Sharif, N.R., et autres (2000). "Ethnicity, income and access to health care in the Atlantic Region: a synthesis of the literature." Halifax: MCEWH.

Similchik, J. (1992). "Somali torture survivors in Canada." *Refuge* 12(5):27.

Singer-S.M., et autres (1996). "Many voices – socio-cultural results of the ethnocultural communities facing AIDS study in Canada." *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*. 1996 May-Jun; 87 Suppl 1: S26-32, S28-35.

Somali Women's Health Group (1991). *Les Somaliens au Canada.* Ottawa: Centre de santé communautaire Côte de sable.

South House Exchange (March 2000). *Mid-term Program Review: Centres of Excellence for Women's Health.*

Spitzer, D.L. (1998). "Migration and menopause: women's experience of maturation in three immigrant communities." *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 59(7-A): 2586.

Spitzer, D.L. (2000). "They don't listen to your body: minority women, nurses and childbirth." In *Care and Consequences: Women and Health Reform*, Diana Gustafson, ed. Halifax: Fernwood Publishing.

Strachan, J., et autres. (1990). « Taux de mortalité par suicide au Canada : première génération d'immigrants et personnes nées au Canada. » *Rapport sur la santé*. 1990; 2(4): 325-341.

Statistique Canada (1995a). *Portrait statistique des femmes au Canada*. 3e éd., n° 89-503F au catalogue.

Stephenson, P. H. (1995). "Vietnamese refugees in Victoria, B. C.: an overview of immigrant and refugee health care in a medium-sized Canadian urban centre." *Social Science and Medicine*, 40(12), 1631-1642.

Streit, U., et autres. (1998). "A Moroccan woman suffering from depression: migration as an attempt to escape *sorcellerie*." *Culture, Medicine & Psychiatry* Vol. 22(4): 445-463.

Talbot, L. R., et autres. (1998). « Vers l'utilisation des services de réadaptation adaptés aux familles multi-ethniques dont une personne présente une déficience motrice ou sensorielle. » Montréal: CESAF.

Tastsoglou, E. and Miedema, B. (2000). "Immigrant women organizing for change: integration and community development by immigrant women in the Maritimes." Edmonton: PCERII.

Thakur, U. (1992). "Combating family violence: the South Asian experience in Canada." *Canadian Women's Studies = Les cahiers de la femme* 13(1):30-32.

Trovato, F. (in progress). "Migration and survival: differential mortality across immigrant communities in Canada." Edmonton: PCERII.

Tudiver, F. and Fuller-Thompson, E. (1999). "Who has screening mammography? Results from the 1994-1995 National Population Health Survey." *Canadian Family Physician = Médecin de famille canadien* 45: 1901-17.

Vatz-Laroussi, M. and Charbonneau, J. (in progress). "Les rapports hommes/femmes et leurs transformations chez les immigrants de première et deuxième génération." Montréal: I et M.

Vissandjée, B. et autres. (2000). *The Cultural Context of Gender Identity: Female Genital Excision and Infibulation.* National Health and Research Development Program Study #6605-5110-001.

Vissandjée, B.; et autres. (in progress). "Adequacy of Info-Santé CLSC to meet the needs of immigrant women." Montréal: CESAF.

Vissandjée B., et autres. (1999). "New immigrant women and health." *The Canadian Nurse = Infirmière canadienne* 95(4):35-41.

Vissandjée, B. et autres. (1998). "Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes au Québec." *Revue d'épidemiologie et de santé publique* 46(2): 124-33.

Vissandjée, B., et autres. (1999). "Gender and ethnicity: how do they affect health promotion and health services utilization by immigrant women in Canada?" Montréal: CESAF.

Vissandjée, B., et autres. (2000). *Gender, Ethnicity and Health: Research and Policy Challenges for Immigrant Women in Canada.* Submitted to the *Journal of International Migration and Immigration.*

Walters, V., et autres (1995). « La santé des femmes dans le contexte de la vie des femmes. » Ottawa: Santé Canada.

Weerasinghe, S. (in progress). "Equitable access to health care, promotion and prevention by immigrant women in Nova Scotia." Halifax: MCEWH.

Weinfeld, M., et autres (1999). "Barriers to care and issues of ethnic/gender match, final report." Montréal: CESAF

Westermeyer, J., et autres. (1990). "Welfare status and psycho-social adjustment among 100 Hmong refugees." *The Journal of Nervous and Mental Disease* 178(5): 300-306.

Wong, O.-N. (1999). "Silent voices: help-seeking patterns of recent immigrant Chinese women from Hong Kong to Canada." *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 59(12-B): 6499.

Young, M. (1996. « Acculturation, identité et bien-être: l'ajustement de refugiees somaliennes. » [Acculturation, identity and well-being: the adjustment of Somalian refugees] *Santé mental au Quebec* 21(1): 271-90.

Yuan, L., et autres. (2000). "The study of the health status and health care access for the Arab community in Toronto: a pilot study to assess health needs." Toronto: CERIS.

ANNEXE TROIS – BIBLIOGRAPHIE ANNOTÉE DES CESF ET DES CEM POUR LA RECHERCHE SUR LA SANTÉ DES FEMMES IMMIGRANTES ET RÉFUGIÉES

PROJETS DE RECHERCHE DES CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique **(BCCEWH)**

Adam, H., et autres (1998), **The health needs of Somali women in the Lower Mainland: focus group report**, Vancouver, BCCEWH.

Bien qu'illégale au Canada, la mutilation des organes génitaux féminins demeure une pratique courante des Musulmans de plusieurs pays est-africains, arabes et du Sud-est asiatique. Ainsi, la plupart des immigrantes somaliennes ont subi une forme de mutilation avant d'entrer au pays. L'étude porte sur les besoins et les préoccupations des Somaliennes quant aux soins médicaux, surtout périnataux, et sur la relation médecin-patiente.

BCCEWH (inédit), **Mobilizing the community to address the prenatal health needs of Punjabi women**, Vancouver, BCCEWH.

Des cours de soins prénataux offerts à cette collectivité de la région de Vancouver ont été annulés en raison d'un faible taux de participation. L'étude s'appuie sur un éventail de plans stratégiques, y compris des partenariats avec les organismes publics et privés, fondés sur les principes directeurs de la vie communautaire, afin de sensibiliser la collectivité à ce problème.

Christensen, C. et Dibiri, P. (inédit), **Assessing barriers to health care for visible minority immigrant women**, Vancouver, BCCEWH.

Les dispensateurs de soins de santé destinés aux femmes manquent d'outils d'évaluation efficaces pour mesurer les obstacles des patientes appartenant à une minorité visible. L'étude vise à élaborer et à tester des instruments d'enquête servant à recenser les difficultés réelles ou perçues auxquelles se heurtent ces collectivités dans leur tentative d'accéder aux services de soins de santé.

Jiwani, Y. (2000), **Developing a holistic framework for the delivery of violence-related health care and information to immigrant women from racialized communities**, Vancouver, BCCEWH

Ce projet porte sur les rapports avec le système médical des femmes immigrantes issues de groupes ethniques et victimes d'actes de violence conjugale. On y examine l'attitude des praticiens d'exercice privé, des cliniques externes et des hôpitaux. Des études ont démontré qu'une majorité de médecins adoptent des méthodes inappropriées pour soigner leurs patientes victimes d'abus. À la lumière de ces résultats, on recommande aux dispensateurs de soins de santé d'être mieux informés sur l'effet des actes de violence sur la santé des femmes et d'adopter une approche socio-écologique dans le traitement des cas de violence.

CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES—RÉGION DES PRAIRIES (PWHCE)

Bowen, S. J. (1998), **Resilience and health of Salvadoran women in Manitoba**, mémoire de maîtrise. Winnipeg, PWHCE.

Cette étude qualitative concerne la perception que les Salvadoriennes entretiennent sur leur santé, la connaissance des causes de la maladie ainsi que les habitudes qui contribuent au maintien de la santé et à la résolution des problèmes. Ces femmes ont fui une vie marquée par la violence extrême et certaines vivent des traumatismes causés par la guerre. Le rapport indique que les solutions visant à soulager les effets de la violence prémigratoire orchestrée se trouvent à l'échelle communautaire, et que l'isolement retarde le processus de guérison de ces femmes.

Janzen, B. L. (1998), **Gender and health: a review of the recent literature**, Manitoba, PWHCE.

Cette étude fait un tour d'horizon et la synthèse de la recherche récente sur les principales influences psychosociales sur la santé chez les femmes. Elle relève notamment un certain manque de savoir, surtout en ce qui concerne le contexte canadien. La recherche examinée souligne qu'au moment de documenter les différents niveaux de santé des femmes, il faut porter une attention particulière aux circonstances de vie de ces femmes. La question est abordée aux chapitres qui concernent la santé des femmes âgées, des femmes autochtones ainsi que des immigrantes et des réfugiées.

CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES — CONSORTIUM UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL (CESAF)

[Le CESAF a complété son mandat en 2001. Ses publications peuvent être obtenues auprès du Réseau canadien pour la santé des femmes, au cwhn@cwhn.ca.]

Battaglini, A., et autres (1999), **Identification des facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale, rapport d'étape**, Montréal, CESAF.

L'étude recense les différences culturelles en ce qui a trait aux perceptions et aux pratiques de développement de l'enfant de même que l'incidence de l'immigration sur les immigrantes et les réfugiées durant la période périnatale. On examinera également les outils d'évaluation de la vulnérabilité des programmes préventifs existants en vue de les adapter aux besoins des immigrantes et des réfugiées.

Berteau, G., et autres (2000), **Empowerment et femmes immigrantes**, Montréal, CESAF.

Cette recherche explore les éléments qui favorisent ou qui gênent l'habilitation des immigrantes. L'approche participative de l'examen encourage les dispensateurs de soins de santé et les immigrantes à examiner leurs propres vues et pratiques sur l'habilitation afin d'aborder des questions comme l'isolement, la pauvreté et la méconnaissance des ressources disponibles. Malgré le net écart entre les perceptions des groupes respectifs, l'expérience s'est avérée prometteuse et sera renforcée par la formation, la sensibilisation et l'aplanissement des obstacles institutionnels.

Bibeau, G., et autres (1999), **Impact of immigrant women on the development of multicultural health policies, programs and services in Quebec**, Montréal, CESAF.

Cette étude se penche sur l'incidence des immigrantes, d'associations ethnoculturelles de groupes communautaires de Montréal sur les processus liés à la mise sur pied de services de santé multiculturels. Elle a également pour but de recenser les facteurs macrosociaux de l'interaction dynamique de la collectivité ethnoculturelle et de l'État, afin d'innover en matière de services de santé officiels et officieux.

Gastaldo, D., et autres (1998), **Femmes immigrantes, santé sexuelle et reproductive, et religion: comment les immigrantes arabes musulmanes perçoivent la qualité des soins qu'elles reçoivent au Québec?**, Montréal, CESAF.

Dans le cadre de la recherche, on a demandé les vues d'immigrantes arabes musulmanes nouvellement arrivées du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord sur les services de santé qu'elles obtiennent. L'étude souligne la diversité des perspectives de ces femmes et combat la conception monolithique de ces femmes. En général, la majorité des femmes indiquent être satisfaites des soins de santé reçus, mais déplorent la pénurie de femmes-médecins de langue arabe, les longues périodes d'attente pour consulter un médecin et le peu de temps de qualité qu'on accord aux patients.

Labrie, A. et Girard, L. (1998), **Inventaire des politiques et programmes gouvernementaux ayant une incidence sur la santé des femmes**, Montréal, CESAF.

Cette étude dresse la liste des politiques et des programmes gouvernementaux qui concernent la santé des femmes. L'examen exhaustif de l'incidence de ceux-ci sur la santé des femmes aura lieu à une prochaine étape.

Lajoie, A., et autres (1999), **Adéquation du système de santé aux besoins des femmes immigrantes et des femmes autochtones du Québec**, Montréal, CESAF.

Cette étude recense les besoins des femmes de langue arabe en matière de services de santé au Québec, examine les politiques actuelles et propose des recommandations aux décideurs. L'étape exploratoire de cet exercice consistait dans un examen de la documentation, l'établissement de partenariats et l'élaboration d'une proposition de recherche globale.

Mayetela, R.-M., et autres (1999), **Vieillir en contexte migratoire**, Montréal, CESAF et ACCESSS.

Les auteurs de l'étude examinent l'accessibilité et la qualité des services sociaux et des soins de santé destinés à la population immigrante vieillissante du Québec. Ils présentent un aperçu des théories sur le vieillissement et l'origine ethnique, abordent la question du vieillissement dans le contexte de l'immigration (surtout les femmes) de même que les services particuliers requis par cette population, et du rôle des collectivité ethniques dans la prestation de services de santé et sociaux à ses membres.

Rousseau, C., et autres (inédit), **Tortured bodies, broken spirits – rebuilding strategies for refugee women who have been victims of organized violence**, Montréal, CESAF.

Cette étude concerne les facteurs entourant les aspects personnels, culturels et contextuels ainsi que les processus individuels permettant aux femmes réfugiées de l'Afrique occidentale, de l'Asie du sud-est et de l'Amérique Centrale victimes de violence de comprendre leurs traumatismes et de refaire leur vie. Les éléments constitutifs de cette étude permettent d'élaborer des plans d'intervention servant à combler les besoins de ces femmes.

Talbot, L. R., et autres (1998), **Vers l'utilisation des services de réadaptation adaptés aux familles multi-ethniques dont une personne présente une déficience motrice ou sensorielle**, Montréal , CESAF.

Les obstacles à la communication, la méconnaissance du système de santé ainsi que les pratiques culturelles et les croyances religieuses autres peuvent contribuer à l'isolement social des immigrantes. Lorsque ces femmes s'occupent d'une personne handicapée, l'isolement est pire. Le projet sert à recenser les principes susceptibles d'orienter l'élaboration de services aptes à répondre à leurs besoins. Quatorze familles (haïtiennes, italiennes et asiatiques) ont participé à l'étude.

Vissandjée, B., et autres (inédit), **Adéquation des services Info-Santé CLSC aux besoins des femmes immigrantes**, Montréal, CESAF.

Cette étude qualitative entend combler les lacunes de la recherche antérieure et propose des stratégies destinées à mieux satisfaire aux besoins des immigrantes par l'entremise d'Info-Santé, service téléphonique des CLSC ouvert 24 heures par jour qui répond aux questions de la population concernant la santé. On s'attend à ce que le projet aide à combler les besoins de différentes populations culturelles relativement à des services comme Info-Santé.

Vissandjée, B. et Weinfeld, M. (1999), **Gender and ethnicity: how do they affect health promotion and health services utilization by immigrant women in Canada?**, Montréal, CESAF.

Cette étude de l'interaction de l'origine ethnique et du sexe, et de la santé des femmes immigrantes nouvellement installées au Canada examine le pour et le contre du jumelage de professionnels de la santé et de patients selon le sexe et l'origine ethnique, et si le jumelage ethnique selon le sexe peut mener à la prestation de meilleurs soins de santé aux femmes immigrantes. On ne tire pas de conclusions quant aux avantages du jumelage ethnique selon le sexe, mais les chercheurs indiquent le besoin de recherche globale et propre aux immigrants sur des traditions médicales sensibles aux questions de différence sexuelle et d'origine ethnique.

Weinfeld, M., et autres (1998), **Barriers to care and issues of ethnic/gender match, final report**, Montréal, CESAF.

Cette recherche examine le jumelage ethnique comme moyen d'aplanir les obstacles que doivent affronter les immigrants désireuses de recourir à des services de santé. Ce jumelage repose sur l'idée qu'on obtient de meilleurs

résultats si les dispensateurs de soins et les patients partagent certaines caractéristiques (origine ethnique, race, emplacement géographique, langue et sexe).

CENTRE D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES - RÉGION DES MARITIMES (CESFM)*

MacKinnon, M. (1999), **Affirming immigrant women's health: building inclusive health policy**, Halifax, MCEWH.

Ce projet examine les croyances en ce qui concerne la santé de même que les modes de maintien et d'utilisation des soins de santé des immigrantes et des réfugiées à l'Île-du-Prince-Édouard. On y aborde l'expérience qu'ont les femmes des services de santé et l'importance du sexe, de la langue et de la culture en vue d'améliorer l'accessibilité des services de santé, de sensibiliser les professionnels de la santé et de fournir des lignes directrices aux décideurs en ce qui concerne la santé, la prestation des services de santé et les besoins de services des femmes immigrantes et réfugiées.

Sharif, N.R., et autres (2000), **Ethnicity, income and access to health care in the Atlantic Region: a synthesis of the literature**, Halifax, MCEWH.

Cette étude a examiné une variété de documents (universitaire et non universitaire) sur les liens entre le statut socio-économique, l'origine ethnique et l'accessibilité des soins de santé dans la région de l'Atlantique. Elle a porté notamment sur certains groupes d'immigrants dont les croyances diffèrent de celles de la culture dominante, de même que sur des populations ethniques comme les Noirs, les Autochtones et les Acadiens. Elle constate la pénurie d'ouvrages de recherche sur le rôle de l'origine ethnique et d'un revenu inférieur à l'accès aux services de santé dans la région. Elle souligne aussi la rareté d'analyses comparatives entre les sexes et de demandes d'investissement stratégique dans la recherche sur la santé des populations d'immigrants et de réfugiées dans la région de l'Atlantique.

Weerasinghe, S. (2000), **Equitable access to health care, promotion and prevention by immigrant women in Nova Scotia**, Halifax, MCEWH.

L'objectif à long terme du projet est d'informer les femmes immigrantes sur les programmes et les politiques en matière de santé et de recenser les problèmes et les besoins particuliers qu'elles éprouvent au moment d'accéder au système de santé. Cette étape exploratoire a porté sur les stratégies aptes à joindre les femmes immigrantes et de favoriser leur participation à la recherche. Des groupes de discussion ont réuni 23 femmes en provenance de 13 pays, qui ont fait part de leur expérience, de leurs impressions et de leurs croyances.

---

* À compter du 1er avril 2002, le Centre d'excellence pour la santé des femmes-- région des Maritimes deviendra le Centre d'excellence pour la santé des femmes-- région de l'Atlantique.

PROJETS DE RECHERCHE DES CENTRES D'EXCELLENCE DE METROPOLIS

VANCOUVER CENTRE OF EXCELLENCE FOR RESEARCH ON IMMIGRATION AND INTEGRATION IN THE METROPOLIS (RIIM)

Anderson, J.M., et autres (1999), **Health system renewal: writing in cultural plurality**, Vancouver, RIIM.

Dans tous les pays occidentaux, on procède à la restructuration majeure des modes de prestation des services de santé. Ce document examine comment trois organismes de la région métropolitaine de Vancouver répondent aux initiatives d'élaboration de politiques publiques destinées à favoriser l'accès universel aux services de santé à diverses populations. Le rapport a déterminé les facteurs organisationnels et structuraux qui facilitent ou gênent les réponses des organisations aux patients multiculturels.

Dyck, I. et McLaren, A. (inédit), **Women/mothers, daughters and schools**, Vancouver, RIIM.

Ce projet se penche sur les modes d'immigration et d'installation des mères d'adolescentes célibataires, notamment en ce qui concerne la fréquentation de l'école et la collectivité locale, et sur la façon dont mères et filles façonnent leur identité grâce aux discours et pratiques auxquels elles ont accès. L'analyse se penche sur le corps des adolescentes comme éléments de préoccupation et de négociation familiales, et sur l'interaction de la culture populaire et du code corporel « canadien ».

Dossa, P. (1999), **The narrative representation of mental health: Iranian women In Canada**, Vancouver, RIIM.

Cette étude se base sur les récits de deux Iraniennes pour illustrer comment les immigrants s'inspirent de pratiques et de discours contradictoires sur la façon de donner un nouveau sens à leur vie.

CENTRE D'EXCELLENCE DES PRAIRIES POUR LA RECHERCHE EN IMMIGRATION ET INTÉGRATION (PCERII)

Meadows, L. (inédit), **Immigrant women and health: Phase II of WHEALTH**, Edmonton, PCERII.

Cette recherche s'appuie sur une approche théorique pour déterminer et décrire les modèles de variation liés aux caractéristiques de l'état de santé des femmes immigrantes. Elle se fonde également sur le principe que les enjeux de santé des immigrantes peuvent être très différents de ceux des femmes nées au Canada.

Neufeld, A., et autres (inédit), **Immigrant women's experience as family caregivers: support and barriers**, Edmonton, PCERII

Cette étude examine les conditions matérielles et sociales à l'intérieur desquelles les immigrantes prodiguent des soins, leur accès à des services de soutien ainsi que les obstacles qu'elles rencontrent ce faisant. Elle se penche aussi sur leurs efforts en vue d'accéder aux ressources des services sociaux et de santé. L'étude

inclut des femmes ayant récemment ou jadis émigré de Chine et de l'Inde et qui s'occupent d'un parent handicapé ou atteint d'une maladie chronique.

Ogilvie, L., et autres (2000), **Minority nurses for minority populations: a pilot study in public health nursing**, Edmonton, PCERII

Cette recherche-action explore les rôles et responsabilités éventuels de trois infirmières, elles-mêmes immigrantes, employées pour travailler auprès de familles immigrantes chinoises et vietnamiennes qui reçoivent des services de quatre centres de services de santé. Elle suit le processus d'introduction du changement , les avantages pour la clientèle, le savoir culturel sur les croyances et les pratiques en matière de soins périnataux, de même que la connaissance de l'influence de la recherche-action comme médiateur du changement.

Tastsoglou, E. et Miedema, B. (2000), **Immigrant women organizing for change: integration and community development by immigrant women in the Maritimes**, Edmonton, PCERII.

À l'aide d'une analyse qualitative (groupes de discussion et récits oraux), ce projet examine le mode d'intégration des immigrantes, ce que l'intégration veut dire pour elles, les obstacles à l'intégration équitable, les activités aptes à faciliter l'intégration ainsi que le rôle qu'exercent les organismes ethniques et multiculturels dans le prccessus d'intégration.

CENTRE D'EXCELLENCE CONJOINT POUR LA RECHERCHE EN IMMIGRATION ET EN INTÉGRATION - TORONTO (CERIS)

Collins, E., et autres (1998), **Research toward equity in the professional life of immigrants: a study of nursing in the metropolis**, Toronto, CERIS.

Afin de sensibiliser aux questions liées au racisme au lieu de travail dans la pratique infirmière, cette étude qualitative examine comment les infirmières immigrantes appartenant à diverses minorités visibles font part de leur expérience du racisme de même que les procédures officielles de recours et de grief. L'étude décrit le racisme, et recense les politiques officielles et officieuses concernant l'accès, la participation, la promotion, l'inclusion et les différends. Elle aborde aussi la question des réponses à la discrimination, les coûts financiers et autres, l'incidence sur les infirmières immigrantes et la profession, ainsi que la structure et la réglementation du système de santé. On tente ainsi d'influencer les politiques afin de diminuer le nombre de griefs liés racisme au lieu de travail.

Coté, A., et autres (inédit), **Qui prend pays... l'impact du parrainage sur les droits à l'égalité des femmes immigrantes** francophones, Toronto, CERIS.

Un grand nombre de femmes immigrent grâce au programme de parrainage du conjoint. L'étude examine la nature discriminatoire du système puisqu'il nie aux immigrantes et aux réfugiées l'accès à l'égalité et à d'autres droits de la personne, tels qu'ils sont définis dans la *Charte canadienne des droits et libertés*. Les auteurs se prononcent en faveur de la réforme juridique de la *Loi sur l'immigration*.

Meana, M., et autres (1998), **Identifying barriers and incentives to breast-screening behaviour in Tamil immigrant/refugee women 50 years old and over**, Toronto, CERIS.

Il semble qu'une minorité de femmes immigrantes font régulièrement un auto-examen des seins, se présentent à une clinique pour cet examen ou subir une mammographie. L'étude examine les obstacles et les mesures incitatives propres à influer les immigrantes tamoules âgées et les réfugiées à adopter des habitudes de dépistage du cancer du sein qui pourraient bien leur sauver la vie. Les constatations révèlent le besoin d'intervenir dans des domaines particuliers d'intervention pour inculquer des habitudes durables de détection du cancer du sein à ce groupe de femmes minoritaires.

Yuan, L., et autres (1998), **The study of the health status and health care success for the Arab community in Toronto: a pilot study to assess health needs,** Toronto, CERIS.

En 1997-1998, cette étude a recueilli et analysé des données du recensement de 1991 pour établir le profil socio-démographique des immigrants arabes du Canada. Sept groupes de discussion se sont réunis, composés de membres de la collectivité arabe de Toronto pour définir leurs besoins de santé. Ces groupes incluaient des jeunes de 13 à 19 ans des deux sexes, deux groupes d'hommes âgés de 20 à 64 ans, deux groupes de femmes âgées de 20 à 64 ans ainsi que des chefs religieux et des leaders communautaires. La recherche a révélé une pénurie de pourvoyeurs de soins de santé parlant arabe, de services d'interprétation en arabe et de femmes-médecins pouvant s'exprimer en arabe. Il y a également une pénurie de services de santé mentale attentifs à la culture. Le fossé qui sépare les jeunes de leurs parents ainsi que le chômage sont de graves problèmes.

IMMIGRATION ET MÉTROPOLES (I ET M) – MONTRÉAL

Damaris, R. (inédit), **Réseautage avec d'autres chercheurs intéressés à la question femmes, familles et réseaux sociaux dans une problématique d'intégration sociale**, Montréal, I et M

Selon des recherches récentes, les femmes sont les principales artisanes de la création de liens qui permettent aux familles immigrantes d'accéder au capital social, un facteur oublié du processus d'intégration. Ce projet vise à mettre sur pied un réseau de chercheurs intéressés aux réseaux sociaux, à la mise en valeur de leur expertise et à la collaboration à d'éventuels projets.

Juteau, D., et Ly–Tall, A. B. (inédit), **Pour une citoyenneté participative des femmes réfugiées au Canada : quelles politiques?**, Montréal, I et M.

Cette recherche exploratoire vise à recenser les obstacles auxquels les femmes réfugiées se heurtent durant le processus de sélection et relativement aux avantages socio-économiques associés au statut d'immigrant. À l'aide d'un cadre d'analyse comparative entre les sexes, l'étude examine le programme de parrainage et ses incidences socio-économiques et psychologiques sur ces femmes.

Oxman-Martinez, J., et autres (inédit), **La violence conjugale et les femmes de minorités ethnoculturelles : un examen des présupposés relatifs à l'ethnicité et à la 'race'**, Montréal, I et M.

Prévoyant des différences entre les groupes de la population générale et les groupes ethnoculturels, l'équipe de projet cherche présenter des pistes en matière de politiques et de pratiques attentives aux différences culturelles en ce qui concerne le logement, la police et le cadre hospitalier. Le projet examine comment les professionnels de la santé, des services sociaux, du respect de la loi et du logement comprennent les problèmes de violence conjugale et trouvent des réponses efficaces. L'étude se penche sur les collectivités arabes, d'Asie occidentale et d'Amérique latine installées à Montréal.

Vatz-Laroussi, M. et Charbonneau, J. (inédit), **Les rapports hommes/femmes et leurs transformations chez les immigrants de première et deuxième génération**, Montréal, I et M.

À l'aide d'un cadre d'analyse des rapports hommes-femmes, cette étude de faisabilité sert à élaborer des outils de collecte de données pour l'étude des changements entre les générations d'immigrants. Cette perspective devrait permettre aux chercheurs de dépasser la seule consignation des différentes expériences de femmes et d'hommes et produira un nouveau savoir sur l'analyse comparative entre les sexes et l'immigration au Canada, de montrer comment les politiques, programmes et pratiques favorisent ou gênent la participation des immigrantes et des immigrants au façonnage de la société canadienne, et de proposer des possibilités de politiques sociales dans ce domaine.

ANNEXE 4 : CENTRES D'EXCELLENCE POUR LA SANTÉ DES FEMMES

En mars 1995, le ministre de la Santé a accordé 12 millions de dollars au Programme des centres d'excellence pour la santé des femmes (PCESF) afin « d'améliorer l'état de santé des femmes en permettant de mieux connaître leurs besoins en matière de santé et de mieux y répondre »*. Le PCESF est administré par le Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada. Cinq centres d'excellence pour la santé des femmes (CESF) ont été mis sur pied au pays, -- dont quatre se trouvent dans des universités; le cinquième loge dans un hôpital et un centre de soins de santé pour femmes --, afin d'atteindre, individuellement et collectivement, les objectifs suivants :

- recenser et étudier les principales questions liées à la santé des femmes;
- produire des données sur la santé qui reflètent les différences entre les sexes;
- diffuser le savoir que ces données créent;
- établir des réseaux locaux et nationaux regroupant chercheurs, partenaires communautaires et décideurs qui travaillent à améliorer la santé des femmes;
- fournir analyses, conseils et information aux différents ordres de gouvernement, organismes et intervenants en matière de santé et d'élaboration de politiques;
- participer à la définition d'un programme de recherche sur la santé des femmes au Canada.

Le Réseau canadien pour la santé des femmes (RCSF) a également obtenu le financement nécessaire à la coordination de la composante de réseau national du PCESF et à la définition de fonctions de stockage, de diffusion et de communication à l'échelle nationale. Les six sites du PCESF décrits ci-dessous** ont reçu 2 millions de dollars chacun pour la durée du programme qui s'échelonne sur six ans (soit approximativement 333 000 $ par année).

Le Centre d'excellence pour la santé des femmes – région des Maritimes (CESFM)
www.medicine.dal.ca/MCEWH [* À compter du 1er avril 2002, le Centre d'excellence pour la santé des femmes-- région des Maritimes deviendra le Centre d'excellence pour la santé des femmes--

Le CESFM se trouve à l'Université Dalhousie et au IWK Grace Health Centre. La mission du centre consiste à promouvoir le changement social grâce à la recherche sur la santé des femmes. Le CESFM appuie surtout la recherche axée sur le processus d'inclusion, qui permet aux femmes de s'approprier leur vie et favorise le développement d'un sentiment de sécurité et d'autonomie, la création de réseaux de soutien, la conception et la mise en œuvre de nouveaux outils et de nouvelles méthodes dans une perspective d'égalité des sexes ainsi que l'application de mesures

* South House Exchange (mars 2000), rapport de mi-parcours des centres d'excellence pour la santé des femmes, p. 1.

** Les descriptions proviennent de la mise à jour printemps-été 1999 des centres d'excellence pour la santé des femmes, Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada.

destinées aux femmes noires ou rurales et des aidants naturels. Au cours des trois prochaines années, les efforts porteront sur les déterminants sociaux de la santé, la sécurité sociale et économique des femmes, ainsi que sur la santé des femmes et l'environnement.

Centre d'excellence pour la santé des femmes – Consortium Université de Montréal (CESAF) [Le CESAF a complété son mandat en 2001. Ses publications peuvent être obtenues auprès du Réseau canadien pour la santé des femmes, au cwhn@cwhn.ca.]

Le CESAF loge à l'Université of Montréal. Il a réussi à créer un réseau de partenaires en provenance d'une vaste coalition d'organismes communautaires, du milieu de l'éducation et des services sociaux et de santé. Environ 200 membres participent à diverses activités du CESAF dans le but d'améliorer la santé des femmes, particulièrement celle des aidantes naturelles, des immigrantes et des femmes autochtones. Les activités incluent l'étude analytique et exploratoire de certains aspects des expériences de santé des femmes, l'information et la diffusion de résultats de recherche, ainsi que les étapes de la création et de la consolidation de réseaux dans le secteur des soins de santé destinés aux femmes. CESAF axe de plus en plus sa recherche et ses activités sur les politiques et les programmes de soins à domicile qui jouent un rôle primordial dans la restructuration des services de santé.

Réseau pancanadien sur la santé des femmes et le milieu (RPSFM)
www.yorku.ca/nnewh
Le RPSFM, seul centre national d'excellence pour la santé des femmes, se trouve au Centre des études sur la santé de l'Université York. C'est un réseau multidisciplinaire de chercheurs en sciences sociales et de partenaires communautaires qui collaborent à l'élaboration de mesures sociales et de stratégies appropriées pour un nouveau type de recherche sur la santé sur et par les femmes. Provenant des quatre coins du pays, les partenaires du RPSFM incluent des chercheures issues des sciences sociales (anthropologie, éthique, histoire, sociologie, science politique et droit) et des partenaires communautaires d'organismes locaux et nationaux. Les projets du RPSFM explorent les pratiques en matière de santé des femmes, les perceptions du risque et les stratégies de changement dans trois milieux clés qui façonnent la santé de celles-ci : le lieu de travail, les systèmes de santé et les politiques. La recherche porte principalement sur l'évaluation des incidences, sur les femmes, de la réforme de la santé.

Centre d'excellence pour la santé des femmes—région des Prairies (PWHCE)
www.pwhce.ca

L'hôte administratif du PWHCE est l'Université de Winnipeg, et le PWHCE a des bureaux à l'Université de Regina et l'Université de Saskatoon. Le centre reconnaît que les préoccupations et les besoins en matière de santé varient considérablement chez les femmes, et il s'intéresse particulièrement à évaluer et à combler des besoins divers. La recherche porte principalement sur les incidences de déterminants précis sur la santé des femmes, les effets de la réforme de la santé sur les femmes et les modèles de programmes d'élaboration de politiques en vue d'améliorer la santé des femmes.

S'appuyant sur sa recherche et ses analyses, le centre élabore des politiques soucieuses de l'équité entre les sexes et des recommandations de programmes servant à promouvoir la santé des femmes. Le PWHCE réunit des individus et des organismes communautaires avec des chercheurs universitaires et des décideurs afin d'enrichir les connaissances sur les facteurs qui influent sur la santé et le bien-être des femmes.

Centre d'excellence pour la santé des femmes—région de la Colombie-Britannique (BCCESF)

www.bccesf.bc.ca

Le BCCESF se trouve au BC Women's Hospital and Health Centre de Vancouver. L'organisme a un bureau auxiliaire à l'University of Northern British Columbia, à Prince George. Le centre soutient la recherche-action innovatrice et multidisciplinaire en matière de politiques sur la santé, de projets sur la santé des femmes et de programmes centrés sur les femmes. La recherche porte principalement sur les déterminants sociaux de la santé, surtout en ce qui concerne les femmes marginalisées. Ainsi, on favorise surtout les projets conçus pour améliorer la santé des femmes désavantagées en raison de leur statut socio-économique, race, culture, âge, orientation sexuelle, lieu de résidence, incapacité ou dépendance. En général, les équipes de chercheurs sont des partenariats entre le milieu communautaire et le milieu universitaire servant à faire des recherches-actions sur trois thèmes principaux : femmes en santé dans des collectivités en santé, état de santé et déterminants de la santé ainsi que soins centrés sur les femmes.

ANNEXE 5 : LES CENTRES D'EXCELLENCE DE METROPOLIS

Le Projet Metropolis est un projet de recherche à vocation internationale, d'une durée de six ans, qui vise à accroître la capacité des gouvernements d'élaborer des politiques axées sur les résultats en matière d'immigration et d'établissement. Le projet vise à « promouvoir et à appuyer la recherche en matière d'immigration et d'intégration qui soit pertinente pour l'élaboration des politiques, axée sur les villes, comparative et multidisciplinaire »*.

Le projet reçoit l'appui d'un certain nombre de ministères et d'organismes fédéraux dont Citoyenneté et Immigration Canada, Santé Canada, Développement des ressources humaines Canada, Patrimoine canadien, Situation de la femme Canada, le Solliciteur général du Canada, la Commission de l'immigration et du statut de réfugié du Canada, la Société canadienne d'hypothèques et de logement ainsi que le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

Quatre centres d'excellence de Metropolis dans des universités ont été mis sur pied pour effectuer de la recherche pertinente à l'élaboration des politiques sur les effets de l'immigration dans le contexte général des grandes villes. La recherche menée aux centres est organisée par domaines (p. ex., citoyenneté et culture, économique, éducation, infrastructure matérielle, services politiques et publics et domaine social). Tous les centres effectuent de la recherche sur la santé, et dans deux d'entre eux, celle-ci est considérée comme un domaine distinct.

Un groupe de travail de Santé Canada, dont un représentant du Bureau pour la santé des femmes, oriente la participation du Ministère. Il recense les objectifs stratégiques et les intérêts sous l'angle des politiques de Santé Canada, par rapport au Projet Metropolis, et les communique aux centres Metropolis; il favorise les initiatives de collaboration entre les chercheurs, décideurs et autres intervenants; enfin, il crée ou recense les mécanismes et possibilités de diffusion des résultats de la recherche du Projet auprès des décideurs d**.

Vancouver Centre of Excellence for Research on Immigration and Integration in the Metropolis (VCE-RIIM) www.riim.metropolis.net

Le VCE-RIIM est un projet conjoint de la Simon Fraser University et de l'University of British Columbia. Le centre sert principalement à fournir des bases de données, des analyses et des résultats de recherche d'une équipe multidisciplinaire sur un vaste éventail d'enjeux liés à l'immigration et à l'intégration concernant la région de Vancouver. Le VCE-RIIM collabore avec des ONG, des instituts de recherche, des organismes voués à l'établissement des immigrants ainsi que des organismes des secteurs public et privé à l'échelle provinciale et municipale. Son programme de recherche examine cinq domaines : l'économie, l'éducation, le logement et le quartier, les rapports sociaux et la religion. La recherche en matière de santé est financée par

---

* Kinnon, Dianne (1999), *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada*, Ottawa, Santé Canada, p. 3.
** Kinnon (1999), p. 3-4.

les domaines social et économique; elle englobe la restructuration des soins de santé, la santé mentale des femmes musulmanes et iraniennes âgées et l'utilisation des soins de santé par les populations d'immigrants.

Centre d'excellence des Prairies pour la recherche en immigration et en intégration (PCERII) www.pcerii.metropolis.net

Le PCERII est un consortium d'universités de l'Alberta, du Manitoba, de Calgary, de Regina, de Saskatchewan et de Winnipeg qui étudie l'immigration et l'intégration dans les villes de moyenne et de grande importance, où les immigrants mènent une vie différente que celle des grandes agglomération urbaines. Son programme de recherche couvre cinq domaines,
-- l'économie, l'éducation, la santé, les enjeux sociaux et culturels, la citoyenneté et la politique -- , et est guidé par diverses hypothèses : les immigrants et les collectivités hôtes exercent une influence réciproque; l'intégration est un processus dynamique plutôt qu'un état final statique; l'ampleur, la rapidité ou la facilité de l'intégration des immigrants peuvent varier selon le sexe, la classe sociale, le groupe et le domaine d'immigration; et l'intégration a des effets manifestes qu'il faut cerner et étudier. La recherche dans le domaine de la santé inclut des études sur les variations des perceptions et la signification des question de santé chez les femmes immigrantes, le soutien et les obstacles que rencontrent des immigrantes en tant que pourvoyeuses de soins familiaux, l'amélioration des services de santé publics grâce au jumelage ethnique du personnel infirmier, les différents taux de mortalité chez les immigrantes, les méthodes d'éducation des enfants et le stress associé à l'isolement ethnoculturel.

Centre d'excellence conjoint pour la recherche en immigration et en intégration (CERIS)-- Toronto www.ceris.metropolis.net

Les principaux partenaires de CERIS sont l'Université de Toronto, l'Université York et Ryerson Polytechnic. La recherche du centre porte principalement sur les the effets de l'immigration à la fois sur les nouveaux arrivants et sur la société d'accueil. Un des principaux objectifs du centre est d'orienter les politiques et les pratiques en matière d'immigration à la faveur d'un modèle de recherche intégratif. Le programme de recherche de CERIS concerne cinq domaines : l'économie, l'éducation, le logement et le quartier, la santé et la collectivité. La recherche en santé porte principalement sur l'état de santé et l'accès aux soins de groupes vulnérables. Il inclut des questions comme la santé respiratoire, les obstacles et les mesures d'incitation au dépistage du cancer du sein des immigrantes tamoules, les questions d'installation d'immigrants ethnoraciaux souffrant d'incapacité, le racisme vécu par le personnel infirmier appartenant à des minorités visibles, la sécurité des aliments et la culture, l'état de santé et l'accès aux soins des membres de la collectivité arabe, l'effet des fermetures d'hôpitaux au sud-est de Toronto et la santé mentale des Éthiopiens de Toronto.

Immigration et métropoles (I et M) – Montréal www.im.metropolis.net

Immigration et métropoles est un consortium de recherche administré conjointement par l'Université McGill, l'Université de Montréal et l'Institut national de recherche scientifique

qui se trouve à l'Université de Montréal. Le centre cherche à accroître sa participation à la coordination de la recherche sur l'immigration et l'intégration, à promouvoir la recherche innovatrice et multidisciplinaire dans le contexte québécois et canadien, à effectuer des études comparatives avec d'autres centres urbains au Canada et à l'étranger, à intensifier ou à officialiser la collaboration avec le secteur public et celui des ONG, et assurer la diffusion efficace des résultats de recherche en vue de mieux informer les décideurs, les dispensateurs de services et la population. La recherche d'*I et M* est axée sur cinq domaines : les aspects démographiques et linguistiques de l'immigration, la vie de quartier, les habitudes des résidents, les réseaux sociaux et la gestion des installations collective, l'information et la formation, la santé, les services sociaux, la sécurité publique et la justice, la citoyenneté, la culture et le climat social. La recherche sur la santé inclut la santé des femmes et des personnes âgées, la santé mentale des réfugiées, des services de santé mentale attentifs à la culture, la communication entre les dispensateurs de soins et les patients, la prévention de conflits familiaux au moment de la réunification, le rôle des églises dans le processus d'intégration, les rapports intergénérationnels, la violence conjugale, les bandes de jeunes et la criminalité transnationale (trafic des femmes).

NOTES EN FIN DE CHAPITRE

[1] Janzen, B. (1998), *Femmes, sexe et santé : Examen de la documentation actuelle,* Winnipeg, PWHCE, p. ii, 22.

[2] Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population (ACPH) (1999), *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne,* Ottawa, Santé Canada, p. 31.

[3] Kinnon, D. (1999), *Recherche sur l'immigration et la santé au Canada,* Ottawa, Santé Canada.

[4] Janzen, B. (1998), *Femmes, sexe et santé : Examen de la documentation actuelle,* Winnipeg, PWHCE.

[5] Santé Canada (1999), *Stratégie pour la santé des femmes,* Ottawa, Santé Canada, p. 35.

[6] *Ibid.*, p. 26.

[7] Vissandjée, B., et autres (2000), *Gender, Ethnicity and Health: Research and Policy Challenges for Immigrant Women in Canada,* Montréal, CESAF, p. 9.

[8] Boyle, P. and Halfacree, K. eds. (1999), *Migration and Gender in the Developed World,* London: Routledge Press, pp. 10-11.

[9] Spitzer, D., et autres (2001), "The Impact of Immigration Policy on Women's Health and Well-being: A Synthesis of Workshop Findings," *Proceedings of the 5th International Metropolis Conference*, site Web..

[10] Bannerjee, L. (1985), *Shaming the World : The Needs of Women Refugees,* London, Change.

[11] Kinnon, D. (1999), p. 37.

[12] Janzen, B. (1998), p.18-19.

[13] Chen, J., et autres (1996), *La santé des immigrants au Canada en 1994*-1995, Rapports sur la santé, 7(4), p. 33-44.

[14] Janzen, B. (1998), p. 23.

[15] Vissandjée, B., et autres (2000), p. 6.

[16] Janzen, B. (1998), p. ii, 22.

[17] Bowen, S.J. (1998), "Resilience and health: Salvadoran women in Manitoba,"(mémoire de maîtrise) Winnipeg: PWHCE.

[18] Bowen, S. (1998), pp. xxi-xxv.

[19] Battaglini, A., et autres (1999), « Identification des facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale, rapport d'étape. » Montréal : CESAF.

[20] *Ibid.*, p. 4, 5-6, 9, 35,38, 42, 50-51, 54, 56.

[21] MacKinnon, M. (1999), "Affirming immigrant women's health: building inclusive health policy," Halifax, MCESF.

[22] *Ibid.*, p. 12.

[23] *Ibid.*, p.14-16.

[24] *Ibid.*, p. 17.

[25] Vissandjée, B., et autres (1998), p. 129-130.

[26] Battaglini, A., et autres (1999), *Identification des facteurs de vulnérabilité propres aux mères immigrantes en période périnatale, rapport d'étape*, Montréal, CESAF. p. 4, 5-6, 9, 35, 38, 42, 50-51, 54, 56.

[27] Kinnon D. (1999), p. 52-53.

[28] Janzen, B.(1998), p. ii-iii.

[29] Kinnon, D. (1999), p. 52-53.

[30] *Ibid.*, p. ii-iii.

[31] Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population (ACPH) (1999), p. 31.

[32] Statistique Canada (1995), *Portrait statistique des femmes au Canada*, 3e édition. Statistique Canada, n° de cat. 89-503F.

[33] Janzen, B. (1998), p. 24.

[34] Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population (ACPH) (1999), p. 31.

[35] Spitzer, D., et autres (2001), "The impact of immigration policy on women's health and well-being: a synthesis of workshop findings," Proceedings of the 5th International Metropolis Conference, (site Web de Metropolis web site); Young, D. et Spitzer, D. (1999), *Understanding the Health Needs of Canadian Immigrants,* Edmonton, PCERII. Anderson, J. (1991), "Perspectives on the health of immigrant women: A feminist analysis," *Advances in Nursing Science* 8(1), p. 61-76.

[36] Janzen, B. (1998), p.23.

[37] Kinnon, D. (1999), p. 38-39.

[38] Janzen, B. (1998), p.19.

[39] Kinnon, B. (1999), p. 24-25.

[40] Damji Budhwani, T. (1999), "Acculturative and marital stress: The moderating roles of spousal support, linguistic self-confidence and self-esteem," *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 60(3-B), p.1348; Dhawan, S. (1999), "Caregiving stress and acculturation in East Indian immigrants caring for their elders," *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 59(7-B), p. 3686; Moghissi, H. (1997), "Away from home: Iranian women, displacement, cultural resistance and change," *Journal of Comparative Family Studies* 30(2), p. 207-17; Streit, U. et autres (1998), "A Moroccan woman suffering from depression: migration as an attempt to escape *sorcellerie*," *Culture, Medicine & Psychiatry* 22(4), pp. 445-63; Wong, Oye-Nam C. (1999), "Silent voices: help-seeking patterns of recent immigrant Chinese women from Hong Kong to Canada," *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering* 59(12-B), p. 6499; Young, M. (1996), "Acculturation, identity and well-being: the adjustment of Somalian refugees, "*Santé mentale au Quebec* 21(1, p. 271-90.

[41] Tastsoglou, E. and Miedema, B. (2000) *Immigrant Women Organizing for Change: Integration and Community Development by Immigrant Women in the Maritimes*, Edmonton, PCERII, p. 7, 11, 23, 56, 74.

[42] Dossa, P. (1999), *The Narrative Representation of Mental Health: Iranian Women In Canada*, Vancouver, RIIM, p. 5, 28, 33.

[43] Bowen, S. (1998) "Resilience and health: Salvadoran women in Manitoba," (mémoire de maîtrise), Winnipeg, PWHCE, p. xxvi.

[44] Rojas-Viger, et autres, "Impact of violence on mental health of Latin American women," Montréal, CESAF, p. 20-21.

[45] Jiwani, Y. (2000), "Developing a holistic framework for the delivery of violence-related health care and information to immigrant women from racialized communities," Vancouver, BCCESF. Côté, Andrée., et autres (inédit) « Qui prend pays… l'impact du parrainnage sur les droits à l'égalité des femmes immigrantes francophones », CERIS, Toronto. Juteau, D. et Ly–Tall, A. (inédit), « Pour une citoyenneté participative des femmes réfugiées au Canada : quelles politiques? » Montréal, I et M.

[46] Mayetela, R.-M., et autres (1999), « Vieillir en contexte migratoire » Montréal, CESAF et ACCESS, p. 12, 49, 54, 61, 71, 124.

[47] Mayetela, R.-M., et autres (1999), p. 124.

[48] Kinnon, D. (1999), p. 53.

[49] Sharif, N., et autres (2000), *Ethnicity, Income and Access to Health Care in the Atlantic Region: A Synthesis of the Literature,* Halifax, MCEWH.

[50] *Ibid.*, pp.13-15.

[51] Yuan, L., et autres (1998), "The study of the health status and health care access for the Arab community in Toronto: a pilot study to assess health needs," CERIS, Toronto.

[52] Gastaldo, D., et autres (1998), "Immigrant women, reproductive and sexual health, and religion: how Muslim immigrant women perceive the quality of health care they receive in Quebec," Montréal, CESAF.

[53] Anderson, J.M., et autres (1999), "Health system renewal: writing in cultural plurality," Vancouver, RIIM, p. 7, 25.

[54] N 'Tetu, A., et autres, (1998), « Communication en contextes cliniques interculturels: interprétariat et filtrage de l'information », dans Khadiatoullah, F. (éd.), «Champs multiculturels, transactions interculturelles : des théories, des pratiques et des analyses», Éd. Harmattan, p. 157-164.

[55] Vissandjée, B., et autres,(1999) « La communication interculturelle expérience d'un interprète? *L'infirmière canadienne,* vol. 94, n° 5, p. 36-42.

[56] Adam, H., et. autres (1998), *The health needs of Somali women in the Lower Mainland: focus group report*, Vancouver, BCCEWH.

[57] Cave, A., et autres (1995), "Physicians and immigrant patients: cross-cultural communication," *Canadian Family Physician*, n° 41, p. 1685-90; Choudhry, U.K. (1997), "Traditional practices of women from India: pregnancy, childbirth, and newborn care" *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal*

Nursing 26(5): 533-39; Choudhry, U.K., et autres (1998), "Breast cancer detection practices of South Asian women: knowledge, attitudes, beliefs," *Oncology Nursing Forum* 25(10), p. 1693-701; Choudhry, U.K. (1998), "Health promotion among immigrant women from India living in Canada," *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 30(3): 269-74; Dhari, R., et autres (1997), "Creating a supportive environment for Indo-Canadian women," *The Canadian Nurse* 93(3): 27-31; Edwards, N. and Boivin, J. (1997), "Ethnocultural predictors of postpartum infant-care behaviours among immigrants in Canada," *Ethnicity and Health* 2(3): 163-76; Hyman, I. et Dussault, G. (1996), "The effect of acculturation on low birth weight in immigrant women," *Canadian Journal of Public Health* 87(3): 158-62; Tudiver, F. et Fuller-Thomson, E. (1999), "Who has screening mammography? Results from the 1994-1995 National Population Health Survey," *Canadian Family Physician* 45: 1901-07; Vissandjée, B., et autres (1998), « Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes en Québec », *Revue d'épidemiologie et de santé publique* 46(2): 124-33; Vissandjée, B., et autres (1999), "New immigrant women and health," *The Canadian Nurse* 95(4): 35-41; Breton, Margot (1999), "The relevance of the structural approach to group work with immigrant and refugee women," *Social Work with Groups* 22(2-3): 11-29; Chicoine, N., et autres (1997), "The reconstruction process of immigrant women's social networks in Montréal; le processus de reconstruction des réseaux sociaux des femmes immigrantes dans l'espace Montréalais," *Recherches feministes* 10(2): 27-48; Murty, M. (1998), "Healthy living for immigrant women: a health education community outreach program," *Canadian Medical Association Journal* 159(4):385-87; Affi L. (1997), "The Somali crisis in Canada: the single mother phenomenon," in *Mending the Rips in the Sky: Options for Somali Communities in the 21st Century*, Adam, H., and Fords, R. eds., p. 441-448, Lawrenceville, N.J.: Red Sea Press; Weerasinghe, S. (2000) "Equitable Access to health care, promotion and prevention by immigrant women in Nova Scotia." Halifax: MCEWH.

[58] Choudhry, U.K. (1997), "Traditional practices of women from India: pregnancy, childbirth, and newborn care," *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing* 26(5): 533-39; Choudhry, U.K. (1998), "Health promotion among immigrant women from India living in Canada," *Image: The Journal of Nursing Scholarship* 30(3): 269-74; Vissandjée, B., et autres (1998), « Promotion de la santé en faveur des femmes immigrantes en Québec », *Revue d'epidemiologie et de santé publique* 46(2): 124-33; Vissandjee, B., et autres (1999), "New immigrant women and health," *The Canadian Nurse* 95(4): 35-41; Affi, Landan (1997), "The Somali crisis in Canada: the single mother phenomenon," in *Mending the Rips in the Sky: Options for Somali Communities in the 21st Century*, H. Adam, R. Fords, eds. pp. 441-448, Lawrenceville, N.J.: Red Sea Press.

[59] Tastsoglou, E. and Miedema, B. (2000), "Immigrant women organizing for change: integration and community development by immigrant women in the Maritimes", Edmonton: PCERII.

[60] Dhari, R., et. autres (1997), "Creating a supportive environment for Indo-Canadian women," *The Canadian Nurse* 93(3): 27-31; Breton, M. (1999), "The relevance of the structural approach to group work with immigrant and refugee women," *Social Work with Groups* 22(2-3): 11-29; Chicoine, N., et autres (1997), "Lle processus de reconstruction des réseaux sociaux des femmes immigrantes dans l'espace montréalais", *Recherches feministes* 10(2): 27-48; Murty, M.(1998), "Healthy living for immigrant women: a health education community outreach program," *Canadian Medical Association Journal* 159(4):385-87; Affi, L. (1997), "The Somali crisis in Canada: the single mother phenomenon," in *Mending the Rips in the Sky: Options for Somali Communities in the 21st Century*, H. Adam, R. Fords, éd. p. 441-448, Lawrenceville, N.J., Red Sea Press.

[61] Vissandjée, B., et autres (2000), *Gender, Ethnicity and Health: Research and Policy Challenges for Immigrant Women in Canada,* Montréal, CESAF.

[62] Weinfeld, M. (1998), "The challenge of ethnic match: minority origin professionals in health and social services," in H. Troper, M. Weinfeld (éd.), *Ethnicity, Politics and Public Policy in Canada,* Toronto: University of Toronto Press.

[63] Vissandjée, B., et autres (2000), *Gender, Ethnicity and Health: Research and Policy Challenges for Immigrant Women in Canada,* Montréal, CESAF, p. 10-11.

[64] Gastaldo, D., et autres (1998), p.9, 12-13.

[65] Bowen, S. (1998), p. xxi-xxv.

[66] Ogilvie, L., et autres (2000), "Minority nurses for minority populations: a pilot study in public health nursing," Edmonton, PCERII.

[67] *Ibid.*, pp. 63.

[68] Ogilvie, L., et autres (2000), "Minority nurses for minority populations: a pilot study in public health nursing," Edmonton, PCERII, p. i-iii.

[69] Mayetela, R.-M., et autres (1999), p. 122-123.

[70] *Ibid.*, p. 109-116.

[71] Vissandjée, B., et autres (2000), *Gender, Ethnicity and Health: Research and Policy Challenges for Immigrant Women in Canada,* Montréal, CESAF, p. 3-4.

[72] Spitzer, D. (2000), "They don't listen to your body: minority women, nurses and childbirth," in *Care and Consequences: Women and Health Reform*, Diana Gustafson, éd. Halifax, rnwood Publishing.

[73] *Ibid.*

[74] Anderson, J.M., et autres (1999), *Health System Renewal: Writing in Cultural Plurality*, Vancouver: RIIM, p. 5.

[75] Mayetela, R.-M., et autres (1999), p. 113-116.

[76] Anderson, J.M., et autres (1999), *Health System Renewal: Writing in Cultural Plurality*, Vancouver: RIIM, p. 31.

[77] Kinnon, D. (1999), p. 41.

[78] Mailloux, L. et Mulvihill, M. A. (2000), *Immigrant Women's Health: A Synthesis of Research by the Centres of Excellence for Women's Health,* Ottawa, Bureau pour la santé des femmes, Santé Canada (inédit), p. 10.